# CIRUGÍA Y CIRUJANOS

PUBLICACION MENSUAL
CIRUG. Y CIRUJ.

ORGANO OFICIAL DE LA
ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

TOMO XXII

5

MAYO

1954

Director:
Dr. BERNARDO J. GASTELUM

Jefe de Redacción:
Dr. DIONISIO PEREZ COSIO

*en la peritonitis*

# Terramicina*

MARCA DE LA OXITETRACICLINA

Después de tratar con Terramicina a 68 pacientes de peritonitis, los autores llegaron a la conclusión de que "la Terramicina es un agente antibacteriano muy útil y potente."[2] Se comprobó que esta droga es especialmente eficaz por su "amplio espectro antimicrobiano y buena difusión en el exudado peritoneal . . . ."

MARCA DE FABRICA DE CHAS. PFIZER & CO., INC.

Bolin, F.; Paladi, E. J.; Artz, C. F. y Moseley, J. E. ARCH. SURG. 64:1-9 (ENERO) 1952.

*Los conceptos vertidos en esta propaganda son de la responsabilidad exclusiva de los autores mencionados en la bibliografía.*

*Literatura Exclusiva para Médicos*

Prop. Nº A 1063/54 S. S. A.

Reg. Nº 35925 S. S. A.

Pfizer

FUNDADA EN 1849

LABORATORIOS PFIZER, S. A., F. de Alva Ixtlixóchitl 45-B, México 8, D. F.

# TRIGENYL

**TRIHORMONA FEMENINA**

***ROUSSEL***

- **SUPRIME LAS MENOMETRORRAGIAS FUNCIONALES**
- **RETARDA LA SENILIDAD ORGANICA Y PSIQUICA**
- **FRENA LA ANTEHIPOFISIS**



## GRUPO ROUSSEL, S. A.

Varsovia Nº 19 MEXICO, D. F.

"Literatura exclusiva para Médicos"

Reg. Nº 40752 S. S. A.

Prop. Nº A-1735/53 S. S. A.

# ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

**CUERPO DIRECTIVO**
**1954-1956**

**Presidente:**
**DR. JOAQUIN CORREA CEDILLO**

**Vice-Presidente**
**DR. MIGUEL LAVALLE**

**Secretario:**
**DR. ENRIQUE PEÑA Y DE LA PEÑA**

**Tesorero:**
**DR. JOSE GARCIA NORIEGA**

**VOCALES:**

1er.—Dr. Bernardo J. Gastelum.

2º — Dr. Adán Velarde Oaxaca.

3º — Dr. Dionisio Pérez Conde.

4º — Dr. José Antonio Zapata V.

5º — Dr. Xavier Romo Díez.


# ALBADOX

Frasco de 20 grageas
Reg. Nº 39780 S. S. A.

FORMULA

Extracto hepático 1 x 250 (equivalente a 2 U.A.F.E.U.). 0.25 g.

Vitamina B12 . . . 5 micrgs.
Sulfato ferroso . . . 0.05 g.
Fécula de papa y sacarosa, c. b. p. . . . 0.67 g.

Dosis: La que el médico señale

VIA DE ADMINISTRACION: Oral

*Este medicamento es de empleo delicado*

*HECHO EN MEXICO*
Nº A-769-53

LABORATORIOS ALBAMEX, S. A.
Querétaro, Nº 28
MEXICO 7, D. F.

MBD. 14

**La marca Becton, Dickinson garantiza el prestigio de los productos B-D ACE**

Los materiales seleccionados y el control de calidad que se emplean en la fabricación de las jeringas, agujas y termómetros B-D ACE son los mismos que por generaciones han sostenido el prestigio mundial de Becton - Dickinson
Cada pieza es verificada escrupulosamente para ofrecer al médico la seguridad absoluta del más elevado nivel de calidad ¡Calidad B-D ACE!

B-D ACE

* MARCAS REGISTRADAS

HECHO EN MEXICO BAJO NORMAS DE CALIDAD B-D

REPRESENTANTES Y CO-ASOCIADOS DE: B-D BECTON, DICKINSON & CO. RUTHERFORD, N.J., U.S.A. MAPAD, S.A. de C.V.

DR. GARCIA DIEGO 170, APDO. POSTAL 2402, TEL. 21-95-60
MEXICO 7, D. F.

# UN "AUXILIAR" NUTRICIONAL EN PERIODOS DE TENSION

'Becovit con Vitamina C'
(Complejo de Vitamina B con Vitamina C, Lilly)
En casos de cirugía mayor; quemaduras graves; enfermedades febriles, gastrointestinales

FORMULA:

| | | |
|---|---|---|
| Clorhidrato de Tiamina (Vitamina B1, 3330 U. I.) | 10 | mg. |
| Riboflavina (Vitamina B2) | 10 | mg. |
| Clorhidrato de Piridoxina (Clorhidrato de Vitamina B6 | 5 | mg. |
| Nicotinamida | 50 | mg. |
| Acido Pantoténico (como Pantotenato de Calcio) | 25 | mg. |
| Vitamina B12 | 1 | microgramo |
| Acido Ascórbico (Vitamina C, 3000 U. I.... | 150 | mg. |
| Fracción Desecada de Concentrado Hepático Gástrico | 0.39 | g. |

DOSIS:

1 o más cápsulas al día.

*Lilly* CALIDAD / INVESTIGACION / INTEGRIDAD

**Eli Lilly Pan-American Corporation**
**Indianapolis 6, Indiana, E. U. A.**

Reg. No. 31159 S.S.A.

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

Prop. No. A-5002/54 S.S.A.

# INTRACTO de CASTAÑO DE INDIAS 'P'

La vitamina 'P'
en su medio natural

## FLEBOCONSTRICTOR

HEMORROIDES, VARICES,
FLEBITIS, MANIFESTACIONES
DE FRAGILIDAD CAPILAR

HECHO EN MEXICO POR.

ESTABLECIMIENTOS MEXICANOS COLLIERE, S. A.
SEGUN FORMULA DE LOS LABORATORIOS **DAUSSE**

REG. No. 31927 S.S.A. PROP. No. A-741/50 S.S.A.

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

Lederle

TIENE EL ORGULLO DE PRESENTAR A LA PROFESION MEDICA:

# ACROMICINA*

UN NUEVO ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO

ABSORCION MAS RAPIDA
MEJOR TOLERANCIA
MAYOR ESTABILIDAD

**ACROMICINA es un nuevo antibiótico de amplio espectro, desarrollado por la investigación de Lederle. Ha demostrado gran efectividad en su aplicación clínica, con la ventaja de su absorción y difusión muy rápidas y de gran estabilidad, por lo cual se producen niveles sanguíneos muy altos.**

*La Acromicina puede obtenerse en cápsulas de 50 mg., (frascos de 25 cápsulas) y 250 mg., (frascos de 16 cápsulas).*

**REG. No. 42488 S. S. A.**

**LEDERLE LABORATORIES DIVISION**
*Cyanamid Inter-American Corp.*
*49 West 49th. New York 20, N. Y.*

**REPRESENTANTES EXCLUSIVOS**

**LABORATORIOS LEDERLE, S. A.**
*José María Rico No. 618*
*México 12, D. F.*

* Marca de Terramicina Lederle.

Prop. No. A - B - 2011/51 - S. S. A.

AÑO XXII MAYO DE 1954 NUM. 5

# SUMARIO

**ARTICULOS ORIGINALES:**

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CANCER DE LA VEJIGA.—Por el Académico Dr. **Carlos Aguirre** y COMENTARIO por el Académico Dr. **Javier Longoria** ..... 185

ALGUNAS INDICACIONES DE ANESTESIA POR VIA ENDOTRAQUEAL EXTERNA.—Por el Académico Dr. **Martín Maquívar** y COMENTARIO por el Académico Dr. **Miguel Arroyo Guijosa** ..... 212

Sesión de Acercamiento: Salutación a los Miembros de la Sociedad Mexicana de Ortopedia.—Por el Académico Dr. **Luis Carrillo Azcárate** ..... 218

ARTROPLASTIA COXO-FEMORAL CON ACRILICO. ESTUDIO DE 42 CASOS.—Por el Académico Dr. **Alejandro Velasco Zimbrón** y COMENTARIO por el Académico Dr. **José Castro Villagrana** ..... 220

TRATAMIENTO DE LA CADERA PARALITICA POSTPOLIOMIELITICA.—Por el Dr. **Jesús Salas Heredia** y COMENTARIO por el Académico Dr. **José Antonio Zapata** ..... 229

**VARIOS:**

COMENTARIOS Y SINTESIS DE LITERATURA RECIENTE..... 233

SOCIALES..... 238

———:o:———

## CIRUGIA Y CIRUJANOS

**CIRUG. Y CIRUJ.**

PUBLICACION MENSUAL

**Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.**

Fundado en Junio de 1933.

Director:

**DR. BERNARDO J. GASTELUM**

*Gerente* — M. LEON DIAZ

*Jefe de Redacción* — DR. DIONISIO PEREZ COSIO

Registrado como Art. de 2ª clase en la Admón. de Correos el 6 de Abril de 1936.
Franquicia especial Oficio Núm. 60844 del 2 de octubre de 1937.

**Toda correspondencia debe dirigirse al Apartado Postal número 1994 Facultad de Medicina, esquina Brasil y Venezuela, México, D. F.**

GERENCIA: Apartado Postal 8701. México, D. F.

**Precios en moneda mexicana:**

| | Ejemplar. | Abono anual. | Núms. atrasados. |
|---|---|---|---|
| En México ..... | $ 2.00 | $ 20.00 | $ 5.00 |
| En el Extranjero ..... | $ 2.50 | $ 25.00 | $ 5.50 |

Se solicita canje con Revistas de Academias y Sociedades de Cirugía de todo el mundo.

**Los trabajos publicados en esta Revista son de la responsabilidad exclusiva de los respectivos autores.**

# HEPA-DOCEVITAL "100"

*Propiedades e Indicaciones:*

- Hematopoiético.
- Antineurítico.
- Anemias primitivas y secundarias de diversa etiología.

*Presentación:*

Frasco-ámpula de 5 y 10 cm3.

Cada cm3. de solución inyectable contiene:

| | |
|---|---|
| Extracto de Hígado ..... | 10 U. A. F. E. U. |
| Vitamina B12 ..... | 100 microgramos. |
| Acido Fólico ..... | 5 mg. |
| Fenol al 0, 5%, c. b..... | |

(Reg. No. 40545 S. S. A.).

**LABORATORIOS SILANES, S. A.**

AMORES, 1304 MEXICO 12, D. F.

(Reg. Prop. A 878/53, S.S.A.)

Cirugía y Cirujanos

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía

AÑO XXII MAYO DE 1954 NUM. 5

# *Tratamiento Quirúrgico del Cáncer de la Vejiga*

*Por el Académico Dr. Carlos AGUIRRE*

El tratamiento quirúrgico del cáncer vesical, ha sido uno de los temas más discutidos en el mundo urológico. En efecto, por su interés e importancia, ha ocupado el lugar predominante en los últimos Congresos de Urología; Gil Bernet, en el V Congreso Hispano Portugués de Urología, verificado en Barcelona en 1946, Couvelaire, en la 43ª Sesión de la Asociación Francesa de Urología, en París en 1949, Ravasini, en el 23º Congreso de la Sociedad Italiana de Urología, en Palermo en 1950, Higgins y Millin, en el último Congreso de la Sociedad Internacional de Urología en Nueva York el año ante pasado, presentaron ponencias muy importantes sobre el tema que nos ocupa. Todo esto sin contar con los numerosísimos trabajos de toda la prensa urológica mundial.

Doy excusas de antemano por las omisiones que pueda haber en el desarrollo de este trabajo; pero dada la limitación del tiempo que disponemos. Un tema tan extenso como éste, no puede ser tratado de una manera completa, por lo que tocaré solamente los puntos principales del problema.

La evolución del tratamiento de los tumores vesicales ha pasado por tres épocas bien definidas.

LA PRIMERA ETAPA QUIRURGICA, iniciada en 1884 por Billroth, termina en la primera década del siglo actual; abandonada por su ineficia, pues las cistectomías parciales, por razón de su misma insuficiencia, eran seguidas de recidivas y las totales por defectos de técnica, ocasionaban una mortalidad operatoria elevadísima.

LA SEGUNDA ETAPA CONSERVADORA, caracterizada por la aparición de los agentes físicos en forma de corrientes de alta frecuencia,

radium y radioterapia, solas o combinadas entre sí, o con la resección. Inició*se* en 1910 despertando grandes esperanzas y adquiriendo grande difusión. Pero solo demostró su eficacia en las formas tumorales circunscritas. En las formas infiltrantes o en las superficiales muy extensas, los éxitos no han confirmado las esperanzas que en ellos se habían puesto.

LA TERCERA ETAPA ACTUAL, O DE CIRUGIA RADICAL, iniciada hace 15 años por Beer, Coffey y otros, como una reacción ante los fracasos derivados del excesivo empleo de los medios conservadores. El perfeccionamiento de las técnicas de derivación de la orina y de la cistectomía propiamente dicha, así como la aparición de los antibióticos, ha hecho disminuir la mortalidad operatoria a cifras comparables a las que acusa la cirugía del cáncer en otros órganos.

Hay que reconocer que estos medios curativos no constituyen el objetivo ideal, pues éste sería lograr, por medios físicos o medicamentosos, la curación completa con conservación íntegra del órgano y de su función. A este fin se orienta el tratamiento de las neoplasias malignas por medio de agentes bioquímicos, o el tratamiento hormonal que ha dado éxitos parciales en el cáncer de la próstata. Esperamos que con la aparición de nuevas formas de energía se llegue a conseguir con el tiempo el tratamiento ideal del cáncer.

Antes de entrar de lleno en el tratamiento quirúrgico del cáncer vesical, me es forzoso hacer unas breves consideraciones sobre el desarrollo del mismo, pues de su malignidad y extensión depende el tratamiento a elegir.

Los tumores vesicales pueden originarse en cualquiera de los elementos que integran sus paredes, de ahí las numerosas variedades que se han descrito; pero la inmensa mayoría de los mismos se forma en el epitelio de la mucosa vesical. Hunt en su estudio de las estadísticas de la Clínica Mayo, señala que el 95% de los tumores vesicales son epiteliales.

El papiloma benigno está constituído microscópicamente por un núcleo de tejido conectivo vascular, que emite finos tallos en todas direcciones, constituídos por vasos sanguíneos a los que se suman cantidades pequeñas de conectivo laxo. Sobre esta trama asienta un epitelio de tipo vesical hiperplásico. Por la uniformidad de los elementos epiteliales, su tamaño, forma y afinidades colorantes, tenemos una imagen típica del revestimiento epitelial. Lo más importante es la imagen uniforme del epitelio y el escaso número de mitosis localizadas en los estratos basales íntegros.

Aunque el signo más importante de la malignidad es la infiltración comprobada de la base del tumor, otros signos histológicos de cualquier

parte de la neoformación, contribuyen a que el revestimiento epitelial pierda el aspecto típico, con lo cual nos encontramos ante el carcinoma papilar. Tales signos son: el polimorfismo, la desordenación de los estratos y la rotura de las basales, con crecimiento subsiguiente hacia la profundidad de los tallos conectivos vasculares, formándose nidos celulares macizos invasores, siendo las mitosis más numerosas y atípicas.

En el carcinoma pavimentoso la imagen histológica corresponde a la de los epiteliomas cutáneos de tipo queratizante.

El adenocarcinoma es muy raro, puede ser originado por las glándulas para-prostáticas o restos del uraco en el vértice de la vejiga.

Los sarcomas presentan dos formas principales; la tuberosa e infiltrante, siendo más frecuente en la mujer, en el niño y en individuos jóvenes.

La zona predilecta de los tumores vesicales está situada en la región del trígono y sus alrededores. Según Quimby, el 70% de todos los cánceres de vejiga asientan en la porción inferior de la misma.

Macroscópicamente hay que distinguir tres clases: los pediculados, los sésiles y los infiltrantes. Los tumores de excrecencias blandas unidas a la mucosa vesical, por un pedículo generalmente corto, delgado o ancho, continuándose con la mucosa. Los sésiles acusan prominencia en la cavidad vesical y están sólidamente unidos a la pared por invasión de las capas subyacentes. Los infiltrantes presentan una invasión macroscópica en la pared vesical. El aspecto de estas masas puede ser semejante a grandes formaciones poliposas, presentando en algunos sitios, focos hemorrágicos y en otras zonas necróticas, siendo el conjunto de consistencia blanduzca; pero el sello característico de estas neoplasias, es su punto de implantación de consistencia dura, que interesa todas las capas vesicales. Otro tipo de tumor lo constituye el de forma ulcerante, que aparece bajo el aspecto de plato con bordes prominentes, duros, que limitan una depresión cuyo fondo es desigual. Todos los tumores que corresponden al grupo infiltrante, demuestran al examen microscópico que son francamente malignos.

El Cáncer infiltrante aparece muchas veces primitivamente en la mucosa vesical, hasta entonces sana o en una mucosa inflamada crónicamente o en una placa de leucoplasia; pero frecuentemente el cáncer de la vejiga es la consecuencia de la degeneración maligna de un papiloma primitivamente benigno. Es posible encontrar imágenes cistoscópicas intermedias entre el típico papiloma benigno y el Cáncer infiltrante ulcerado. en el *esquema gráfico de Heusch* aparecen las diferentes etapas (Fig. 1) Fibroepitelioma papilar típico, que corresponde al papiloma benigno. II.—Fibroepitelioma

papilar atípico, que corresponde al papiloma maligno. III—Carcinoma papilar. IV.—Carcinoma sólido. V.—Carcinoma terebrante.

Gil Bernet ha dividido la evolución del Cáncer vesical en las siguientes etapas:

1ª. Etapa inicial; teniendo en cuenta que el Cáncer en la generalidad de los casos es consecuencia de la degeneración maligna de un papiloma hasta entonces benigno, hay que considerar toda formación papilomatosa como posible foco inicial de un Cáncer vesical.

2ª. Etapa de invasión local circunscrita.—Cualquiera que sea el origen del foco carcinomatoso, una vez iniciada se infiltra en las capas subyacentes y se extiende excéntricamente por la mucosa vesical.

3ª. Etapa o de invasión vesical difusa.—Cuando la célula neoplásica invade el músculo vesical y el pericisto, el proceso de difusión se inicia rápidamente en el órgano vesical por el sistema linfático, constituyendo las metástasis intravesicales, y a las estructuras vecinas; próstata, vesículas seminales o vagina.

4ª. Etapa o de invasión ganglionar extravesical circunscrita. Esta fase se inicia desde el momento en que los ganglios ilíacos externos e hipogástrico aparecen invadidos.

5ª. Etapa o de invasión masiva del sistema linfático; la neoplasia ha traspasado la barrera ganglionar ilíaca, apareciendo invadidos los ganglios ilíacos primitivos, del promontorio y prevertebrales.

6ª. Etapa de invasión metastásica sanguínea; desde el momento en que una embolia cancerígena se implanta y se desarrolla en otro órgano, se encuentra esta fase, que es la última del proceso. Puede coincidir con la invasión linfática; pero puede ocurrir mucho antes. Naturalmente en la clínica no se presentan con la claridad y sencillez que este esquema, y es difícil clasificar a un enfermo con toda precisión en una u otra etapa de la evolución de su neoplasia.

Con la exploración bimanual bajo anestesia raquídea, la cistoscopia, la biopsia y los pielogramas descendentes, podemos llegar a diagnosticar hasta cierto punto solamente, el grado de infiltración vesical, así como la invasión vesicular, prostática o vaginal. Si se pudiera seguir el curso de la invasión neoplásica, como seguimos por la exploración radiográfica, la emigración de un cálculo desde los cálices hasta la vejiga, habríamos dado un paso definitivo para la resolución del más difícil de los problemas que plantea el tratamiento del cáncer vesical, esto es: señalar el momento pre-

ciso donde debe de terminar la terapéutica conservadora para ceder el paso a la terapéutica radical.

## *TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL CANCER VESICAL*

El primer paso para emplear el tratamiento adecuado en el cáncer de la vejiga, es el diagnóstico preciso. Para llegar a éste, contamos con los siguientes medios:

1º.—Exploración clínica de la vejiga y de los órganos vecinos; próstata y vesículas en el hombre. Uretra, vagina y útero en la mujer.

2º.—Cistoscopía, para determinar el número, aspecto y localización del tumor vesical; extensión en superficie y profundidad y aspecto de la mucosa vesical restante.

3º.—Papanicolau y biopsia.

4º.—Estudio radiográfico complementario de la cistoscopía (cistografía).

5º.—Examen del uretero y riñón. Cateterismo y prueba funcional. Pielograma ascendente si es posible, si no pielograma descendente.

6º.—Investigación de metástasis óseas o viscerales.

7º.—Exploración del sistema linfático.

Estos medios, sin embargo, no son empleados con la oportunidad que sería de desear, pues las historias clínicas nos comprueban que vienen a ser usados muchas veces, cuando ya el cáncer vesical pasó del grado I, extendiéndose y hasta produciendo ya metástasis e invadiendo el tejido perivesical.

Buscamos siempre grandes hematurias como síntoma primordial del cáncer, pero no hay que olvidar que el 20% más o menos de estos enfermos, no tienen grandes hemorragias al principio y solo se produce la hematuria microscópica. La presencia de glóbulos rojos en la orina de enfermos examinados por otros padecimientos, no debe pasarse por alto, pues puede indicar la existencia de un pequeño tumor vesical. En muchos casos, el diagnóstico se puede hacer por el descubrimiento de deformidades producidas por cánceres en cistogramas, en que se investigan otros padecimientos.

Un cistoscopista experimentado, puede hacer un diagnóstico de cáncer y de su grado de malignidad, viendo el tumor e inspeccionando su implantación, mejor que un histopatólogo que examina una pequeña porción de tejido extraído por vía transuretral, de solo una región del tumor.

Pero no hay que olvidar, que el urólogo no puede con el cistoscopio ver a través de la pared vesical y no puede saber si la invasión ha llegado a los tejidos perivesicales; dato que es tan importante en el diagnóstico, como en el pronóstico. La biopsia adecuada del tumor, tan completa como sea posible, es necesaria para precisar la naturaleza y grado de infiltración.

Jewett propone la siguiente clasificación de los tumores según su grado de infiltración en la pared vesical. (Fig. 2)

Los no infiltrantes que se asientan exclusivamente en la mucosa.

Y los infiltrantes que divide en superficiales y profundos. Los primeros subdivididos en: Grupo A., invadiendo la sub-mucosa y Grupo B1, la mitad del músculo.

Los profundos subdivididos en: Grupo B2, segunda mitad del músculo y Grupo C. tejido perivesical y linfáticos.

Según este esquema, la malignidad de los tumores está en razón directa con su grado de infiltración.

Jewett presenta 80 casos de cáncer infiltrante de la vejiga, de los cuales 39 fueron tratados por cistectomía total y 41, por resección parcial segmentaria. La sobrevida de 5 años, es alta, en los pacientes con cáncer infiltrante superficial (Grupo B1) y la sobrevida de los que tenían tumores infiltrantes profundos (Grupos B2 y C) muy baja. 74% de 19 enfermos con tumores infiltrantes superficiales, vivieron cinco años o más, sin evidencia de reproducción del cáncer y solamente 3% de los pacientes con tumores infiltrantes profundos, sobreyivieron cinco años. Unicamente 10% de los pacientes con tumores superficiales murieron, con reproducción del cáncer en la pelvis y metástasis y en cambio, el 85% de los enfermos con cáncer infiltrante profundo, murieron a corto plazo por recurrencia del cáncer y metástasis.

La diferenciación clínica entre tumores superficiales y profundos, es mejor lograda por la correlación de una biopsia bien tomada y el examen pélvico bajo anestesia. Cuando las secciones histológicas de una masa de tres dimensiones demuestran tumor, en las capas musculares existe infiltración profunda.

El Dr. Franksson, de Estocolmo, señala también la importancia de determinar hasta dónde se ha extendido un tumor en las paredes de la vejiga; pues formándose en las paredes mismas, se extiende hacia los planos profundos. Esta extensión puede pasar inadvertida a la cistoscopía, si no se han producido cambios en la mucosa vesical. El ha observado que la

*Fig. 1.—Esquema gráfico de Heusch.*

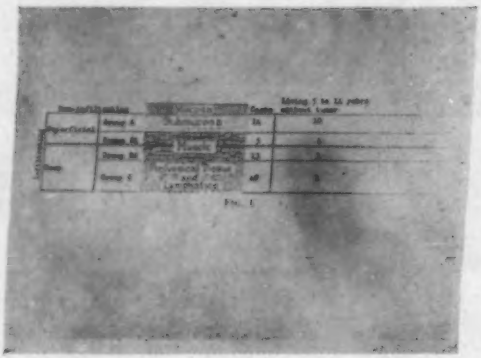

*Fig. 2. — Esquema de Jewett.*

*Fig. 3.—Cistectomía parcial. (Dodson)*

extensión del tumor, es hasta cierto punto proporcionada al crecimiento en profundidad, lo que a su vez tiene relación íntima con su grado de malignidad. Los tejidos se hacen rígidos y por este endurecimiento y aumento de su espesor, puede ser bien valorada la extensión tumoral. Recomienda y usa el método de Jewett de la palpación bimanual bajo anestesia. La infiltración de la capa muscular, da la sensación de una masa de consistencia suave y firme. Cuando la infiltración tumoral se ha propagado hasta el tejido perivesical, la sensación es de firme a dura. La fijación de la vejiga a los tejidos adyacentes, también puede determinarse por ese medio.

Ahora bien, ¿cuándo aplicar la cirugía conservadora y cuándo la radical?

De acuerdo con su grado de infiltración, solamente en los Grupos A y B1 de la clasificación de Jewett, podrá practicarse la cistectomía parcial

De acuerdo con su localización, las cistectomías parciales tienen su indicación preferente en los cánceres localizados en el hemisferio superior. Cuando asientan las lesiones en la región del trígono y están invadidos uno o los dos ureteres, la resección se hace difícil y peligrosa.

Los dos grandes escollos de la resección parcial por cáncer vesical infiltrante de la vejiga, son: mortalidad importante cuando afecta la región del trígono y recidiva casi segura, después de un tiempo que varía entre seis meses y un año.

Resumiendo: la cistectomía parcial, debe practicarse en los tumores papilares limitados o sésiles; con implantación superficial y situados en el hemisferio superior o caras laterales, dejando un margen de 2 cms. cuando menos, entre el tumor y el corte hecho con bisturí eléctrico. Evitando las manipulaciones bruscas del órgano, que pueden producir propagaciones cancerosas. (Fig 3)

Cuando los tumores de ese tipo están situados en el trígono, o porciones inmediatas, la cistectomía parcial, da una mortalidad muy alta por la dificultad en la implantación de los ureteros y por el peligro de la necrosis de la vejiga, provocada por la liberación del piso vesical; ya que al hacer la resección se pueden suprimir gran parte de sus vasos nutricios.

Muchos urólogos emplean en este mismo tipo de tumores, la resección y electrocoagulación o destrucción por radio, por vía endoscópica o por talla suprapúbica.

Las estadísticas demuestran que la cirugía conservadora, ha tenido éxito solamente en papilomas malignos o cánceres papilares superficiales poco extensos, que no pasen de 4 cms. en su mayor diámetro.

## *TRATAMIENTO RADICAL*

La introducción de nuevos agentes quimioterápicos en la actualidad; los progresos en la anestesia y en las técnicas operatorias; la preparación pre-operatoria y cuidados post operatorios adecuados, permiten llevar a cabo la cistectomía total, seguida de una mortalidad cada vez más baja y una gran reducción de las complicaciones. En general, sin embargo, los cirujanos urólogos emplean de preferencia un tratamiento conservador para los carcinomas incipientes de la vejiga y solamente cuando éste no da ya resultados, recurren a la cistectomía total. Para entonces, la enfermedad puede ya no estar únicamente localizada a la vejiga y la oportunidad de una curación por la cirugía se perdió lamentablemente.

Esto se confirma por un análisis de 1312 casos de enfermos con carcinomas de la vejiga, registrados por la American Urological Association, en los cuales únicamente 11, o sea el 1%, fueron tratados por cistectomía.

Muchos urólogos se detienen ante la operación radical, por la mortalidad operatoria que hasta hace algunos años era elevada y olvidan el principio terapéutico, que rige para los demás cánceres del organismo, es decir, extirpación completa y en block del órgano en donde se desarrolla el tumor, con sus territorios ganglionares inmediatos.

Claro está que en estos casos, el factor "humano" tiene una importancia capital. Efectivamente, ¿cómo proponer a un enfermo relativamente joven, una operación expuesta a tantos riesgos y que en el hombre cambiará terriblemente las condiciones de su vida, puesto que perderá definitivamente su potencia viril y tendrá que orinar sentado?

Los adelantos de los últimos ocho años, aclaran muchos de nuestros conceptos en esta materia y aunque conociendo los límites de esta operación, estoy seguro de sus virtudes paliativas y convencido de que representa, en casos precisos, la única solución terapéutica definitiva. Lo que justifica, no el panegírico de la cistectomía total, sino su estudio preciso para llegar a su mejor conocimiento.

En la actualidad, la mayor parte de los urólogos aconseja la cistectomía total, para el cáncer infiltrante de la vejiga de grados 2, 3 y 4; de la clasificación que en 1951 dió la American Urological Association en su Congreso anual y que transcribo literalmente:

Grado 1.—Carcinoma papilar: todos los tumores papilares en los cuales hay anaplasia mínima y disturbios de arreglo celular, en donde no hay infiltración evidente del pedículo o de la pared vesical.

Grado 2.—Papilares, papilares e infiltrantes, nodulares, sésiles e infiltrantes. Muchas de sus celdillas son atípicas en su apariencia, con o sin infiltración; o los tumores de tipo Grado 1 con diámetro mayor de 2 cms.; múltiples o recurrentes.

Grado 3.—Papilares e infiltrantes y sésiles, nodulares infiltrantes, éstos con grave anaplasia de las celdillas.

La cistectomía total se practica también en los tumores papilares no infiltrantes, pero que invaden los meatos ureterales.

Graves recomienda la cistectomía total, cuando la extensión del tumor visible o palpable excede de 4 cms., en su mayor diámetro.

Higgins prefiere practicar la operación radical en casos de tumores infiltrantes aún más pequeños.

La cistectomía está indicada en los carcinomas que invaden la porción inferior de la vejiga; especialmente cuando el cáncer infiltrante se encuentra en los límites, o se introduce en los orificios ureterales. Naturalmente un tratamiento local de estos casos, resultaría destructivo, ocasionando la oclusión de los mismos orificios.

Cuando el cáncer es adyacente, o envuelve el cuello vesical, la cistectomía es el procedimiento de elección, quitando la próstata y la mayor porción posible de uretra.

Marshall aconseja la cistectomía para los cánceres de grados 2, 3 y 4, de la vejiga, cuando son técnicamente extirpables, por no estar invadidos los tejidos adyacentes. También trata por cistectomía la mayor parte de los cánceres de grado 1 y solamente algunos casos seleccionados, por medios conservadores.

Kerr y Colby proponen la cistectomía para los neoplasmas de un alto grado de malignidad, indicado por la biopsia. Para los tumores múltiples y extensos. Para neoformaciones no papilares en el tercio inferior de la vejiga. Y para tumores de cualquier variedad, reproducidos después de tratamiento.

Couvelaire opina que la indicación de cistectomía total es todo cáncer infiltrante que ha invadido más de la sub-mucosa comprobada por biopsia y palpación bi-manual bajo anestesia.

Utilizando las indicaciones anteriores, la ejecución de la cistectomía queda claramente establecida. La invasión de los ganglios se observa entre el 10 y el 40% de los casos, según sea más o menos temprano el diagnós

tico y la intervención. Se hará la ganglíectomía pélvica, siempre que el cirujano encuentre ganglios visibles.

En los casos en que la grasa perivesical esté invadida, haya linfadenopatía pélvica y se compruebe que la vejiga está fija por examen abdominorectal, Aschner y Jewett no están de acuerdo en practicar la cistectomía. Este criterio está generalizado y la intervención más útil en estos casos, es la derivación de la orina por transplante de los ureteres al recto sigmoide. Muchas veces se ha observado la regresión de los tumores de la vejiga, tanto en número como en extensión, después de haber excluído la vejiga por la derivación de la orina. Esta observación clínica indica que puede existir una predisposición carcinogénica en el epitelio y que estimulantes cancerógenos pueden estar presentes en la orina. Thomas, Malcolm y Bischoff aconsejan la derivación de la orina, como medida paliativa que debiera usarse más frecuentemente de lo que se hace en la actualidad. Además, disminuye la tortura de la cistitis cancerosa.

En caso de descubrirse metástasis óseas, o en mediastino, pulmón, etc., el criterio general es hacer tratamiento paliativos, pues toda otra cosa es inútil.

La cistectomía total de que he hablado, consiste en una uretro-prostato-semino-linfo cistectomía en el hombre, y uretro-histero-linfo-cistectomía en la mujer. (Figs. 4 y 5)

En casos más avanzados, con propagación al recto y a los linfáticos de la pelvis, la audacia quirúrgica ha llegado a realizar verdaderos vaciamientos pélvicos, haciendo además de la pancistectomía, una extirpación rectal. (Fig. 6)

La derivación de la orina constituye el problema más importante en la extirpación de la vejiga. Este ha sido prácticamente solucionado por Coffey, quien introdujo su técnica del transplante submucoso de los ureteros en el recto sigmoide; y aunque se han hecho muchas modificaciones a su técnica, más de 100 casos los principios básicos se siguen empleando. Es universalmente aceptando que la derivación de la orina en el intestino, es el procedimiento de elección, cuando técnicamente es realizable. Si no lo es, la orina deberá ser derivada por nefrostomía o por transplante de los ureteros a la piel.

Yo he empleado las técnicas No. 1 y 2 de Coffey y últimamente la de Iglesias de la Torre, cuya ejecución es rápida y que tiene las ventajas de

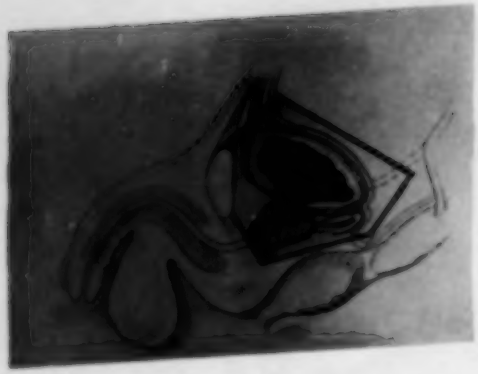

*Fig. 4.—Cistectomía total en el hombre.*

*Fig. 5.—Cistectomía total con histerectomía.*

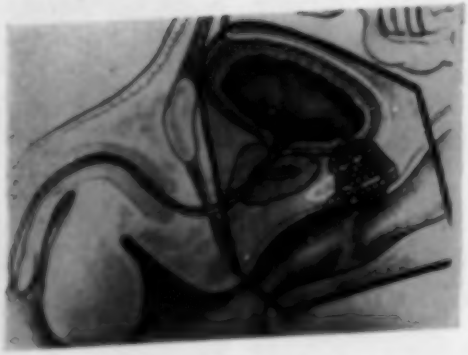

*Fig. 6.—Vaciamiento pélvico.*

conservar íntegro el paristaltismo ureteral e inmovilizar la sigmoide al nivel del lugar de la implantación. (Fig. 7)

La cistectomía puede ser practicada en uno o más tiempos. Siempre que las condiciones del enfermo lo permitan, es preferible hacerlo en un solo tiempo. Cuando las condiciones del paciente son poco satisfactorias, se hará la operación en dos tiempos.

Se principia con la exploración de rutina, consistente en la inspección y palpación directa de la vejiga, intra y extra peritoneal, con el sistema ganglionar pélvico, busca de metástasis, etc. Exploración que viene a decidir en última instancia la extensión real del carcinoma vesical y por consiguiente, si aún puede ser extirpable.

Varias técnicas pueden ser practicadas en la cistectomía total, a saber: cistectomía vaginal, abdomino-perineal, perineo-abdominal o abdominal exclusiva. Yo prefiero esta última, pues por esta vía la uretra es fácilmente aislada y ligada, sin perder tanto tiempo como en la vía perineal. (Sin embargo, algunos urólogos prefieren la perineal, que permite la disección de la próstata, primero, separándola del recto, por temor de herir éste último). La extirpación vaginal de la vejiga no la practicamos porque no permite una disección completa de los ganglios linfáticos, como tampoco la extirpación de suficiente grasa peri-vesical.

Empleando la técnica abdominal, contamos con dos modalidades, iniciando el ataque por la uretra, la disección se hace hacia arriba, separando la próstata del recto y ejecutando la intervención de una manera retrógrada y, segundo; la técnica abdominal descendente que permite abordar los vasos vesicales de una manera más anatómica; la contaminación del campo operatorio se reduce al mínimo y la pérdida de sangre es de poca consideración.

No quiero entrar en detalles de técnica que ustedes conocen. He preferido reproducir algunas láminas que dan una idea gráfica más clara que cualquier explicación. (Fig. 8, 9, 10 y 11.)

Prefiero en cistectomía simple, la anestesia raquídea y cuando se va a practicar además ganglíectomía, la raquídea continua o anestesia general por intubación endo-traqueal. (Figuras 12 y 13).

Tomo de Couvelaire, las estadísticas de urólogos europeos y americanos que más han trabajado en Cáncer de vejiga, y presento la estadística mía.

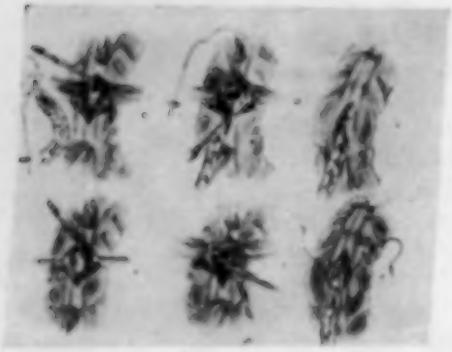

*Fig. 7.—Técnica de implantación de los uréteres en la sigmoide con sólo 2 puntos de sutura; de J. Iglesias.*

*Fig. 8.—Cistectomía total abdominal exclusiva. Técnica I. Sección de la uretra en el último tiempo operatorio.*

*Fig. 9.—Cistectomía total por vía abdominal. Técnica II.—Sección de la uretra en el 1er. tiempo operatorio.*

*Fig. 10.—Cistectomía total. Técnica II.*

*Fig. 11.—Cistectomía total terminada. Drenaje de la celda vesical según J. Iglesias.*

*Fig. 12.—Pan-histerectomía con cistectomía previa ligadura de las hipogástricas. Dr. J. Iglesias.*

## DOCTOR CARLOS AGUIRRE—CANCER DE LA VEJIGA 1949-1952

| Caso | Nombre | Edad | Diagnóstico: | Tratamiento: | Resultado: |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | E.T.G. | 79. | CA. PAPILAR INFILTRANTE. | CISTECTOMIA TOTAL, Radioterapia. Feb. 22 de 1949. | Vive libre de Ca. |
| 2 | I.P.G. | 49. | CA. INFILTRANTE. | CISTECTOMIA TOTAL. Julio 12 de 1950. | Falleció, Dic. 5 de 1951. |
| 3 | M.D.J. | 56. | CA. INFILTRANTE. | CISTECTOMIA TOTAL. Julio 13 de 1950. | Falleció, Agto. 3 de 1950. |
| 4 | C.C.D. | 31. | EPITELIOMA CERV-UTERINO, Invadiendo vejiga. | CISTO-HISTERECTOMIA TOTAL. Enero de 1952. | Falleció, Sept. de 1952. |
| 5 | M.F.G. | 61. | CA. INFILTRANTE. | CISTECTOMIA TOTAL. Febrero 1 de 1952. | Falleció, Agto. 12 de 1952 |
| 6 | B.J.H. | 67. | CA. INFILTRANTE. | CISTECTOMIA TOTAL. Marzo 12 de 1952. | Falleció, Mar. 19 de 1952. |
| 7 | M.P.E. | 46. | CA. INFILTRANTE. | CISTECTOMIA PARCIAL. CISTECTOMIA TOTAL. Enero 1952. | Vive con metástasis. |
| 8 | K.S.S. | 73. | CA. NO INFILTRANTE LIMITADO. | CISTECTORIA PARCIAL. Diciembre 15 de 1950. | No controlado. |
| 9 | R.F.D. | 55. | CA. EPIDERMOIDE. Vértice y pared posterior. | CISTECTOMIA PARCIAL, AMPLIA. Agosto 13 de 1951. | Vive libre de Ca. |
| 10 | A.E.L. | 48. | CA. NO INFILTRANTE LIMITADO. | CISTECTOMIA PARCIAL. Abril 1 de 1952. | Vive libre de Ca. |
| 11 | J.Z.R. | 60. | CA. NO INFILTRANTE MUY LIMITADO. | CISTOCTOMIA Y ELECTROCOAGULACION. Abril 17, 1951. | Vive libre de Ca. |
| 12 | C.C.S. | 54. | CA. EPIDERMOIDE MUY LIMITADO no Infiltrante. | CISTOCTOMIA Y ELECTROCOAGULACION. Nov. 3, 1952. | Vive libre de Ca. |
| 13 | M.C.E. | 58. | CA. NO INFILTRANTE. | URETEROCOLOANASTOMOSIS PALIATIVA. Agosto 12, 1949. | Falleció, Nov. 17 de 1949. |

| Caso | Nombre | Edad | Diagnóstico: | Tratamiento: | Resultado: |
|---|---|---|---|---|---|
| 14 | M.L.E. | 63. | CA. INFILTRANTE, avanzado. | URETEROSTOMIA CUTANEA PALIATIVA. Sep. 26 de 49. | Falleció, Nov. de 1949. |
| 15 | A.E.C. | 64. | CA. INFILTRANTE, avanzado. | URETEROCOLOANASTOMOSIS PALIATIVA. Mar. 17 52. | Falleció, Mayo 22 de 1952. |
| 16 | A.C.A. | 62. | CA. INFILTRANTE, avanzado. | URETEROSTOMIA CUTANEA PALIATIVA. Jul. 3 de 1952. | Falleció, Sept. 8 de 1952. |
| 17 | J.A.P. | 62. | CA. INFILTRANTE muy avanzado. | NO INTERVENIDO. | Falleció 7 días después de su ingreso. |
| 18 | I.I.C. | 71. | CA. INFILTRANTE muy avanzado. | NO INTERVENIDO. | Falleció 12 días después de su ingreso. |
| 19 | S.L.D. | 53. | CA. NO INFILTRANTE LIMITADO. | NO ACEPTA LA INTERVENCION. | Falleció un año más tarde. |

**CISTECTOMIAS TOTALES. — NUMERO DE CASOS: 7**

1.—VIVE LIBRE DE CA. 4 AÑOS DESPUES DE LA INTERVENCION.
1.—VIVE CON REPRODUCCION PELVICA 1 AÑO DESPUES DE OPERADO.
1.—FALLECIO 1 AÑO 4 MESES DESPUES DE LA INTERVENCION, LIBRE DE CA. A CONSECUENCIA DE OTRO PADECIMIENTO.
1.—FALLECIO 8 MESES DESPUES DE INTERVENIDA, CON GRAN INVASION PELVICA Y CAQUEXIA.
1.—FALLECIO 6 MESES DESPUES DE LA INTERVENCION, CON METASTASIS Y PIELONEFRITIS ASCENDENTE.
1.—FALLECIO 40 DIAS DESPUES DE OPERADO, POR SEPSIS.
1.—FALLECIO 8 DIAS DESPUES DE LA INTERVENCION, DE NEUMONIA.

*Fig. 14.—Caso Nº 1.—Vejiga extirpada totalmente. Se aprecia el carcinoma papilar que invadía todo el órgano (vejiga abierta).*

*Fig. 13.—Pan-cistohisterectomía terminada. Se puede apreciar el trasplante ureteral y la vagina parcialmente ocluída. Dr. J. Iglesias.*

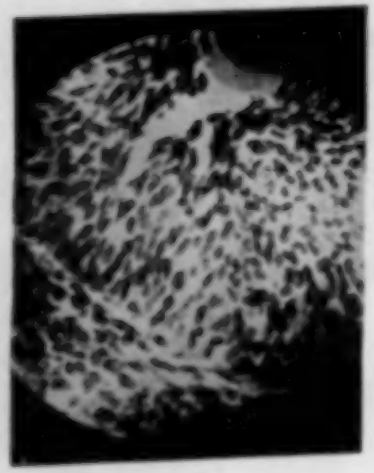

*Fig. 15.—E.T.V. Caso Nº 1.—Microfotografía de la pieza extirpada.*

*Fig. 16.—Caso Nº 2.—Carcinoma infiltrante. Pan-cistectomía y ganglioectomía. Vejiga cerrada.*

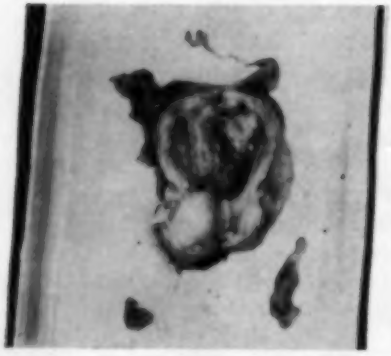

*Fig. 17.—Caso Nº 2 Carcinoma infiltrante Pan-cistectomía y ganglioectomía. Vejiga abierta.*

*Fig. 18.—Caso Nº 4 Carcinoma epidermoide. Pan-cistohisterectomía. Se aprecian la vejiga y la matriz seccionadas.*

Por un análisis de las mismas es difícil valorar los verdaderos méritos de la cistectomía, porque no ha sido empleada en la mayoría de los casos precoz y oportunamente, sino hasta que otros tratamientos conservadores han fracasado. En este lapso de tiempo, el cáncer ha infiltrado más profundamente la pared vesical o se ha extendido más allá de los confines del órgano. Aunque se critica el procedimiento operatorio por la escasa curabilidad obtenida, juzgo que esto es injustificado, porque se le quiere exigir que cure casos de carcinoma avanzado de la vejiga y sabemos que, en tratándose de cáncer, cuando éste ha pasado los límites del órgano atacado, ningún procedimiento puede curarlo de los que disponemos en la actualidad. Así pues, la operación radical debe ejecutarse precozmente en el curso del padecimiento, si se quiere tener probabilidades lógicas de curación. (Figuras 14, 15, 16, 17 y 18.)

## *CONCLUSIONES*

1º.—La cistectomía total sí puede curar el cáncer de la vejiga, si se ejecuta oportunamente, cuando el cáncer está limitado al órgano, aplicando el criterio quirúrgico que rige el tratamiento del cáncer en otros órganos de la economía, es decir: completa erradicación del mismo antes de diseminación.

2º.—La baja en la mortalidad operatoria y en la morbilidad postoperatoria, dados los medios terapéuticos actuales de que disponemos, hacen que recomendemos se ejecute con más frecuencia la cistectomía total, para el tratamiento del carcinoma limitado de la vejiga.

3º.—El mejor tratamiento paliativo para el carcinoma avanzado de la vejiga es la exclusión de la misma por anastomosis uretero cólica y cuando quirúrgicamente es realizable la cistectomía misma.

4º.—La cistectomía parcial como tratamiento del cáncer vesical, solo creemos está indicada en casos incipientes, cuando la infiltración no pasa de la submucosa o solo infiltre la muscular superficial y que por su topografía se preste a una resección amplia.

---

## BIBLIOGRAFIA

*Albarrán, J.* Les Tumeurs de la vessie. Steinheil. París. 1891.—Medicine operatoires voies urinaires. Surgery 638. París 1909.

*Beer, E.*—Tumors of the urinary bladder. Williams Wood and Co. Baltimore, 1931.

*Berry, N. E. and Hamilton, John D.*—Diagnosis of the bladder tumor. pag. 464. Sept. 1950.

*Broders, A. C.*—Epithelioma of the genito-urinary organs. Ann. Surgery 75: 574-604, 1922.

*Burros, Harry M., Drapiewski, John F. and Purcell, James B.*—Limphosarcoma of the urinary bladder. Annals. p. 788, junio 1947.

*Cibert J., Rolland F.*—Cystectomie totale. Lyon Chirurgical 43, 737-1948.

*Coffey, R. C.*—Physiologic implantation of the severed ureter or commonbile diect into the intestine. J.A.M.A. 56: 397-403, 1911.—The relative merits of three types of technique for submucous implantation of the ureters into the large intestine. Western J. Surgery 41: 311, 1933.—Committee on Cancer Registry. Cancer of the bladder J. Urol. 31: 423, 1934.

*Colby, F., Fletcher H. and Sniffen, Ronald C.*—Carcinoma of the bladder A classification of epithelial tumors ans study of the effects of external radiation. p. 133, feb. 1947.

*Colston, J. A. C.*—Primary tumor of the ureter. Bull Johns Hopkins Hosp. 56: 361, 1934.

*Colston, J. A. and Leadbetter, W. F.*—Infiltrating carcinoma of the bladder. J. Urol. 36: 669, 1936.

*Cordonier, J. J.*—Ureterosigmoide anastomosis. Surg. Gynec. and Obst. 88: 441, 1949.

*Counseller, V. S. and Walters, W.*—Malignanat tumors of the bladder. Surg. Gynec. & Obst. 56: 448, 1933.

*Couvelaire, R.*—Remarques sur la technique operatoire de la cystectomie totale chez l'homme.—J. d'Urol., 54-52, 1948.—Remarques sur la technique de la cystectomie totale chez la femme.—J. d'Urol., 54, 470, 1948.—Sur la valeur de l'urographie intraveineuse dans l'appréciation de la malignité d'un tumeur vésicale. J. d'Urol., 55, 896, 1949.—De la cystectomie totale pour tumeur-Relaz. uff XLIII Congr. Soc. Franc. d'Urol.—Doin; París, 1949.—Comment choisir le traitment d'une tumeur de la vessie.— La presse méd. 57 suppl., pag. 804, 1949.—La cystectomie totale.—Baschet; París 1950.

*Dávalos, A.*—New technique of simultaneous bilateral uretero-intestinal anastomosis. Report of experimental study. J. Urol. 54: 357-367, 1945.

*Dean, Archie L. and Col. J. E. Asch.*—Comparison of the malignancy of the bladder tumors as shown by cystoscopic biopsy and subsequent examination of entire excised organ. J. Urol. 59: 193-195, 1948.—The treatment of bladder tumors. p. 92, julio 1948.

*De la Peña, A. and De la Peña, E.*—Urol, and Cutan. Rev. 50: 667, 1946.

*Dodson A. J.*—Urological Surgery.—Bosby; St. Louis, 1944.

*Ewert, E. E. and Dick, U. S.*—Indication for total Cystectomy and method of dealing with the ureters. S. Clin. North America. Journ. 21: 875, 1941.

*Ferris, D. O. (By invitation) and Priestley, James T.*— Total Cystectomy in the treatment of vesical carcinoma. J. Urol., p. 98, Jul. 1948.

*Granville, Graftree, E.*—Remote end result of management of pedunculated bladder tumors, p. 85, Jul. 1948.

*Graves, Roger C. and (By invitation) Buddington, Weston F. and Thompson, Robert S.*—Total Cystectomy for cancer of the urinary bladder. p. 821, Mayo 1950.

*Graves, Roger C. and Thompson, R. S.*—Total Cystectomy for carcinoma J. Urol. 52: 448-454, 1944.

*Higgins, C. C.*—Cystectomy and transplantation of the ureters into the bowel for carcinoma of the bladder. Surg. Gynec. & Obst. 66: 549, 1938.—Cystectomy for carcinoma of the bladder. p. 318, Ago. 1950.

*Hinman, F.*—The technic and late results of ureterointestinal implantation and Cystectomy for cancer of the bladder. Internal. Soc. Urol. Rep. 7: 464, 1939.

*Hinman, F. and Smith, D.*—Total Cystectomy for cancer, a critical review surgery. 6, 851, 1939.

*Jewett, H. J.*—Infiltrating carcinoma of the bladder, relation of potential curability to depth of infiltrating. Trans. Am. A. Genito-Urin. Surg. 37: 51-65, 1944.—A new method of ureteral transplantation for cancer of the bladder. Report of 13 clinical cases. J. Urol. 48: 489, 1942.—Ureterointestinal anastomosis in two stages for cancer of the bladder. Modification of original technique and report of 33 cases. J. Urol. 52: 536, 1944.

*Jewett, H. J. and Strong, G. H.*—Infiltrating carcinoma of the bladder, relation of depth of penetration of bladder wall to incidence of local extension and metastases. J. Urol. 55: 366-372. 1946.

*Jewett, H. J. and Capt. Evan L. Lewin (M. C.) Am.*—Infiltrating carcinoma of the bladder. Curability by total Cystectomy. p. 107, jul. 1948.

*Keyes, E. L.*—Epithelial bladder tumors attacked by radon and fulguration. J. Urol. 50: 875, 1948.

*Lowsley, O. W. and Kirwin, T. J.*—Clinical Urology. William & Wilkins Co. 2nd. ed. Baltimore, 1944.

*Marsall, V. F.*—Transplantation of the ureters and total Cystectomy. J. Urol. 58: 244, 1947.

*Mc Donald, John R. and Gershom, Trompson J.*—Carcinoma of the urinary bladder. A pathologic study with special reference to invasiveness and vascular invasion. p. 435, Sept. 1948.

*Nesbit, R. M.*—Ureterosigmoid-anastomosis by direct cliptical connection. A preliminary report. J. Urol. 61: 728-734, 1949.—Uretero-sigmoid anastomosis by cliptical direct connection. University Hospital Bulletin, University of Michigan. Ann. Arbor. Surgery 14: 45-46, 1948.

*Papanicolau, G. N. and Marshall, V. F.*—Urine sediment smear as a diagnostic procedure in cancer of the urinary tract. Science. 101: 519, 1945.

*Priestley, J. T.*—General consideration in the surgical treatment of carcinoma of the bladder with particular reference to total Cystectomy. J. Med. 40: 144 New York State, 1940.

*Sweetser, T. H.*—Cystectomy for carcinoma of the bladder. Med. 28: 987 Minnesota, 1945.

*Thomas, G. J.*—Cancer of the bladder. J. Urol. 61: 359, 1949.—Early diagnosis and proper treatment of cancer of the bladder urinary p. 359, Feb. 1949.

*Wade, Henry.*—The expectancy of life after ureteral transplantation (Honyma Gillespie Lecture). M. J. 46, 61 Edinburgh, 1939.

*Young, H. H. and Davis, D. M.*—Young's Practice of Urol. Vol. 2 W. B. Saunders Co. Philadelphia, 1926.

# COMENTARIO

*Por el Académico Dr. Javier LONGORIA*

Considero, como el autor del trabajo, que el tratamiento quirúrgico del cáncer de la vejiga ha sido uno de los problemas más difíciles de resolver y ha constituído una honda preocupación para todos los urólogos del mundo y por ello el tema ha sido abordado en los múltiples congresos realizados en diferentes países.

Por lo que toca a nosotros tenemos la misma situación. Con el deseo de conocer el pensamiento de los diferentes urólogos que forman la Sociedad Mexicana de Urología, se organizó un symposium sobre este tema, en que también el Dr. Carlos Aguirre, participó como ponente. La idea fundamental fué unificar el criterio apoyándose también en la colaboración de la Sociedad Mexicana de Oncología, para que de esa manera cada quien expresara la forma de resolver lo más satisfactoriamente posible, este intrincado problema del cáncer vesical. La historia de la evolución de la terapéutica quirúrgica, según las épocas, ha sido ya mencionada con todo detalle por el autor del trabajo, haciéndonos notar los fracasos de aquellos urólogos, es fácil de comprenderlos, por la falta de los recursos, que existen en la actualidad. Estos y la evolución de los cuidados preoperatorios, han logrado cambiar el panorama de las intervenciones. Sin embargo, el mérito de los cirujanos estriba en haber intentado tales operaciones; entre ellos se destacan las figuras de Albarrán y Billrot, que ocasionalmente tuvieron éxitos.

El cirujano moderno para establecer las indicaciones operatorias, basa su criterio en el diagnóstico de estos tumores, cuya clasificación ha sido motivo de diversas controversias para precisar su malignidad. Por lo mismo aparte del diagnóstico clínico, es necesario conocer el anatomo-topográfico, el histológico y aún más, el endoscópico; con estos cuatro puntos, se podrá hacer con mayor precisión la elección del procedimiento operatorio más apropiado.

Por lo que a la clínica se refiere, ya se menciona la importancia que debe darse a la hematuria macroscópica o microscópica y la necesidad de darle a este síntoma su verdadero valor y con ello la oportunidad de descubrir un tumor en sus fases iniciales, logrando un diagnóstico oportuno y mayores esperanzas de éxito en el método terapéutico adecuado. Por lo

que se refiere al estudio citoscópico de los tumores de la vejiga, el especialista puede sacar gran partido y obtener una orientación precisa sobre su forma, sitio y extensión, y quizá, aventurarse a presumir la naturaleza de benignidad o maliguidad del tumor; sin embargo, siempre queda la duda de la profundidad que alcanzan estas neoplasias; en general las que tienen mayor base de implantación son más malignas que las que son pediculadas.

Las biopsias endoscópicas desgraciadamente no siempre ayudan a resolver el problema, pues los estudios de los casos clínicos han revelado que en un mismo tumor se encuentran diferentes grados de malignidad; por lo tanto la deseada precisión de la naturaleza del tumor queda insatisfecha. Además, las biopsias hechas por resección, exponen a que el tumor sangre y se produzca una hemorragia de importancia y por otra parte, la misma resección puede producir una perforación de la pared vesical.

Los estudios de Papanicolaou, para orientar la presencia de un tumor vesical debe ser tomado en consideración, pero su estudio sólo indicará la parte nosológica, quedando por resolver los demás puntos de diagnósticos ya establecidos. El mayor valor se obtiene de este estudio cuando los otros métodos de exploración no logran advertir la tumoración; posiblemente está oculto dentro de un divertículo vesical, el cual será revelado a posteriori por una cistografía.

Los urogramas ayudan para orientar el problema quirúrgico y aún resolver el estado funcional de los riñones cuando la parte terminal de los uréteres se encuentran aprisonados por estos tumores que se desarrollan en el trígono próximos al orificio ureteral o en su interior; este hecho nos hace pensar que la mayor parte de los planos de la vejiga estén invadidos y que posiblemente exista invasión de la cadena linfática pélvica, motivo por el cual las indicaciones operatorias serán muy limitadas y de llevarse a cabo, tendrán que hacerse operaciones suficientes, amplias; además, la liberación del uréter hará restablecer el funcionamiento renal ya perdido por la falta de escurrimiento urinario.

Es un hecho de observación, que muchos de los enfermos de cáncer de la vejiga, no mueren por la presencia de este tumor, sino por la insuficiencia renal (uremia obstructiva, con destrucción renal.)

El tacto combinado con la palpación, lo considero de vital importancia, tanto en el hombre como en la mujer; pueden orientarnos al origen de un tumor ya sea primitivo o secundario, a un cáncer de la matriz o de la próstata propagado a la vejiga.

Cuando la movilidad de la vejiga es limitada y la consistencia de sus paredes es suficientemente dura, nos hace pensar en un proceso neoplásico bastante avanzado y en donde solamente los métodos paliativos de derivación de orina podrán estar indicados.

Considero lo mismo que el Dr. Aguirre, que los otros métodos terapéuticos conservadores no han dado los resultados esperados y que solamente en un limitado y escogido número de casos, se han presentado beneficios reales con esta terapéutica.

De la clasificación mencionada, solamente para el grupo de papilomas desarrollados sobre la mucosa vesical, se han logrado resultados satisfactorios, principalmente, cuando los tumores están pediculados y su implantación no es muy amplia.

Las aplicaciones de radón o de radio elemento, han tratado de resolver la curación de esas neoplasias, ya usándose la vía endoscópica por medio del panendoscopio y de un aplicador especial para semillas o agujas, o bien usando citoscopios portadores de radio.

Cuando los tumores son más amplios, hay autores como Darget, que prefieren hacer una cistostomía y las aplicaciones de radio según lo que se vea y palpe, obteniendo según sus estadísticas, muy buenos resultados. Recomienda al radio, como una de las mejores armas que el urólogo no debe olvidar. Mi experiencia a este respecto es poca.

Con las aplicaciones de terapia para tratar formas avanzadas de cáncer de vejiga como método paliativo, se han logrado modificar las hematurias y dolores de una manera temporal; volviéndose a restablecer con mayor intensidad poco tiempo después.

Durante mi práctica profesional, he podido observar dos casos en que ésto así sucedió y en uno de ellos, el último, el proceso tumoral creció en una forma alarmante en muy poco tiempo.

Estoy de acuerdo con el Dr. Aguirre, de la poca esperanza de curación de los procedimientos conservadores conocidos hasta la fecha.

Con nuestro papel de cirujanos y con un espíritu equilibrado de nuestros conocimientos, creo que con las operaciones parciales de vejiga, cuando el proceso está limitado a ella, sin invasión ganglionar; se pueden obtener curaciones con sobre vida de mayor o menor tiempo, sin embargo, el diagnóstico topográfico será el que ordene la amplitud de la cistectomía considerando que las relaciones del trígono y del cuello vesical serán las que ameriten una cura más radical.

Muchos autores como Colby y Jewet, condenan estas grandes extirpaciones porque consideran que estos enfermos siendo algunos de ellos jóvenes quedarán impedidos de sus funciones sexuales y tendrán que orinar sentados.

Por otro lado, Justin y Cordonnier, sostiene que las principales razones de los pobres resultados de las cistectomías radicales, se deben a que los tumores no se operan con la oportunidad debida; generalmente, los enfermos han sido tratados por otros métodos sin ningún beneficio y han perdido el tiempo apropiado para una buena intervención.

En tumores de vejiga de extraordinaria malignidad, tanto por su naturaleza histológica como por su extensión, no deberá hacerse cistectomía, sino una derivación de orina al recto, que mitigará las enormes molestias. Con este recurso se ha observado un estacionamiento en el desarrollo del neoplasma.

Cordonnier relata hechos curiosos; pacientes que han sido desahuciados durante el acto quirúrgico, han tenido una sobrevida inesperada, con disminución de sus molestias.

Los progresos en las cistectomías alcanzados en estas últimas épocas obedecen indiscutiblemente al empleo de la quimioterapia, de los antibióticos, del estudio minucioso del pre y del post-operatorio, de las técnicas y fundamentalmente, del dominio y de la perfección de las derivaciones de orina al recto.

La mayor parte de los cirujanos modernos no dudan de hacer esta derivación, pues ya no tienen el temor de las complicaciones de otros tiempos (pielonefritis, peritonitis, e hidronefrosis post-operatorias, que acaban con la vida de los enfermos). Ahora desde los primeros momentos, la orina escurre por el recto recogida en una sonda y el post-operatorio no es tan tormentoso como se presentaba anteriormente. La adaptación a su nueva función del recto es generalmente posible, habiendo encontrado en mis casos particulares variaciones; algunos, acusan estados irritativos del recto, otros, toleran perfectamente la permanencia de la orina por varias horas, principalmente por las noches lo que les permite conciliar el sueño y descansar.

El control post-operatorio de estos enfermos, ha sido llevado a cabo durante varios años, en que el funcionamiento renal ha sido comprobado satisfactoriamente tanto por la química sanguínea como por la urografía excretoria.

Nosotros hemos podido realizar cistectomías totales tanto en el hombre como en la mujer, considerando que la operación en dos tiempos es mejor a la que se hace en un solo tiempo.

Cuando hemos hecho la operación en un solo tiempo, el estado de shock operatorio ha sido tan intenso, que a pesar del suministro de grandes cantidades de sangre, plasma etc., hemos temido por la vida de nuestros pacientes.

Por lo tanto la derivación previa de la orina al recto, mejora satisfactoriamente el estado general y cuando los ureteros están aprisionados, el funcionamiento renal se mejora al ser liberado de la comprensión tumoral; habiendo observado los despeños de orina seguidos después de la sección ureteral, así como la modificación en el calibre del uretero.

No debe tardar en hacerse la segunda operación que cambiaría el panorama. La extirpación de la vejiga, preferimos siempre hacerla por la vía abdominal, ya sea intra o extra-peritoneal; habiendo obtenido un pos-operatorio alargado por la reparación de la pérdida de substancias a la parte correspondiente a la vejiga.

Las extirpaciones de uretero-próstato-linfocistectomía, así como las uretero-pancistecto-linfo histerectomía y aún con la extirpación del recto, constituyen operaciones en extremo mutilantes que proporcionan una supresión de las molestias y de los intensos dolores en un tiempo más o menos largo, en relación con la malignidad y extensión del cáncer Felicito al Sr. Dr. Carlos Aguirre, al enfatizar su criterio quirúrgico y recomendar a todos los cirujanos y urólogos no omitan ningún esfuerzo para llegar oportunamente al diagnóstico del cáncer de la vejiga y así poder obtener verdaderos éxitos en el tratamiento de este terrible mal.

---

# *Algunas Indicaciones de Anestesia por Vía Endotraqueal Externa*

*Por el Académico Dr. Martín MAQUIVAR*

La importancia de la anestesia endotraqueal ha sido suficientemente valorada y discutida por cirujanos y anestesistas. Su existencia ha permitido el desarrollo de la cirugía y salvado al anestesista de situaciones difíciles, por lo tanto la técnica nasotraqueal y orotraqueal son ampliamente conocidas por todos ustedes y su uso tiende a extenderse cada día más. Desgraciadamente existen sujetos que por malformaciones anatómicas, traumatismos o padecimientos localizados a cara o cuello, son imposibles de entubar por cualquiera de las dos vías de acceso, me refiero naturalmente, a una imposibilidad absoluta y no a una pobreza de técnica. Asimismo, la anestesia endotraqueal puede constituir para estos enfermos el único medio de lograr un conducto aéreo libre; la solución que nosotros hemos encontrado en estas condiciones, repito, imposibilidad absoluta para entubar y necesidad de una vía aérea libre para conservar la vida, es la introducción de una sonda endotraqueal provista de un manguito insuflable a través de una herida de traqueotomía practicada inmediatamente antes o durante la intervención quirúrgica, descartando, naturalmente, a los enfermos previamente traqueotomizados, en los cuales la introducción de los gases anestésicos no presentan problemas técnicos, ni existe la responsabilidad de una traqueotomía que ya existía. Los casos anteriores son afortunadamente raros; sin embargo, presento a ustedes varios de ellos, en los cuales fué necesario practicar una traqueotomía para lograr una vía aérea libre e introducir al mismo tiempo una mezcla anestésica.

CASO No. 1— Se trataba de un individuo del sexo masculino, adulto, fuerte, con una herida producida por arma de fuego que interesó base de la lengua, lóculo amigdalino y epiglotis, provocando abundante hemo-

tragia, la entubación por vía natural era, como ustedes comprenderán, impracticable; se procedió a practicar una traqueotomía a través de la cual fué introducido un tubo de Magil provisto de un manguito, el cual fué inflado para evitar el paso de sangre a los campos pulmonares, seguido inmediatamente con la administración de un agente anestésico. La anestesia es ampliamente satisfactoria permitiendo al cirujano una hemostasis correcta. Terminada la intervención se retira la sonda endotraqueal, pero se deja una cánula de traqueotomía de Jackson, pensando en una obstrucción alta de las vías aéreas provocada por la misma herida de arma de fuego; dicha cánula no puede ser retirada antes del quinceavo día. El enfermo, después de postoperatorio tormentoso, es dado de alta por curación.

CASO No. 2.—Individuo del sexo masculino, adulto con un gran tumor en el tiroides, metabolismo normal, se propone tiroidectomía. Sedol y genatropina como medicación preanestésica, una hora antes de la intervención; inducción con pentotal, ciclo y curare, se obtiene una excelente relajación de los maseteros y se procede a intentar la entubación orotraqueal; la glotis no puede ser encontrada, a pesar de una exploración cuidosa ejecutada por varios médicos bien entrenados, se intenta la entubación nasal a ciegas, sin ningún resultado. Como el enfermo no presenta signos de obstrucción aérea, se principia la operación bajo anestesia general, método cerrado con mascarilla y cánula de Guedel; la primera mitad de la intervención transcurre sin novedad, la sangre se ve bien oxigenada y no hay signos de obstrucción aérea; minutos después de haber extirpado la glándula tiroides, la respiración se torna difícil haciéndose evidente un colapso de la tráquea, se urge al cirujano de practicar una traqueotomía la cual es ejecutada inmediatamente y con toda facilidad, introduciendo, al mismo tiempo, una cánula endotraqueal con manguito que se tenía ya estéril en la mesa de instrumentos, el obstáculo aéreo desaparece y la operación es continuada sin ningún contratiempo y con todo éxito; al terminar se comprueba que el enfermo no puede respirar por la vía natural siendo necesario dejar una cánula traqueal de Jackson por varios días.

CASO No. 3.—Enfermo con diagnóstico de tumoración de cuerdas vocales, glotis y tumor perfectamente visibles con el laringoscopio, entubación factible pero contraindicada por estorbar el tubo las maniobras quirúrgicas; se principia la extirpación bajo anestesia endovenosa, la obstrucción aérea es desde el principio manifiesta y peligrosa, se procede a tra-

quecotomizar al enfermo, continuándose la operación bajo anestesia por inhalación. El cuadro cambia radicalmente y la extirpación es hecha sin ningún accidente.

CASO No. 4.—Diagnóstico: tumor naso-faríngeo; operación, extirpación del mismo. La deformidad anatómica es tan manifiesta que ni siquiera hacemos el intento de entubar, practicando desde el principio una traqueotomía con anestesia local, continuándose con anestesia general por inhalación como en los casos ya descritos.

CASO No. 5.—Laringectomías; este tipo de operaciones se hacen habitualmente con anestesia local al principio, seguidas de anestesia general con sonda endotraqueal estéril introducida por la herida traqueal. La técnica anestésica es perfectamente estudiada y conocida, no presentando en realidad ningún problema.

Los casos descritos anteriormente constituyen sin duda alguna ejemplos en los que la traqueotomía previa es indispensable para obtener un conducto aéreo libre, sin este recurso, estoy seguro, que nuestros enfermos hubiesen perecido.

La traqueotomía como el masaje cardíaco, son dos intervenciones que ejecuta, generalmente, el cirujano; pero todo médico anestesiólogo debe estar preparado técnicamente para llevarlas a efecto en caso necesario; por lo tanto vale la pena recordar algunos detalles para una buena traqueotomía:

1.—La incisión horizontal siguiendo los pliegues del cuello es estética y anatómica dejando cicatriz imperceptible.

2.—Herida amplia para obtener una buena luz quirúrgica.

3.—Hemostasis correcta.

4.—Lograr que la amplitud de la herida traqueal esté de acuerdo con el diámetro de la sonda de anestesia endotraqueal y con la futura sonda de traquotomizados de Jackson; el objeto de esto es evitar enfisemas postoperatorios a través de espacios libres entre sondas y paredes de la tráquea.

5.—Usar siempre cánulas traqueales de tres piezas para facilitar su limpieza y de tamaño adecuado para edad y talla del enfermo.

Durante el postoperatorio debemos tener en cuenta los siguientes puntos:

1.—Evitar el paso de sangre o secreciones de la nasofaringe a través

de la cánula y las paredes traqueales por medio de taponamiento glótico, efectuado ya por vía oral o bien por la misma herida traqueal.

*II.*—Cuidar de la permeabilidad de la cánula, necesitándose para esto de la existencia de un aspirador eléctrico, provisto de una sonda de Nelaton de calibre adecuado, que permita pasarla y aspirar frecuentemente a través de la sonda de traqueotomía.

*III.*—Colocar al paciente en un ambiente húmedo continuo durante las primeras 24 o 48 horas.

IV.—Usar fluidificantes de la secreción traqueobronquial.

V.—Uso de antibióticos como medida profiláctica.

La decanulización se hará cuando se tenga la seguridad de una vía aérea oral permeable. Para asegurarnos de lo anterior antes de sacar la cánula la obstruímos con el dedo observando si el enfermo puede respirar libremente; en caso afirmativo, se extrae la cánula y se procede a afrontar la herida con tela adhesiva.

---

## COMENTARIO

*Por el Académico Dr. Miguel ARROYO GUIJOSA.*

La Honorable Academia Mexicana de Cirugía, me ha conferido el honor de hacer el comentario oficial del trabajo reglamentario del Sr. Académico Dr. Martín Maquivar y por ello doy las más cumplidas gracias a su distinguida Mesa Directiva, que al concederme este privilegio me permite decir unas palabras sobre el trabajo de mi amigo.

Según tengo entendido, la anestesia por vía traqueal directa se inició bajo el procedimiento de la traqueotomía, pero después del descubrimiento de la laringoscopia directa y del perfeccionamiento de esta disciplina, fué abandonada la traqueotomía para hacer el entubamiento traqueal por vía oral bajo el laringoscopio directo. Más adelante con sondas que tienen curvas calculadas. Existe el entubamiento llamado ciego, pasando la sonda por las fosas nasales. Existe también el procedimiento mixto, de pasar la sonda por la fosa nasal hasta la hipofaringe y guiarla por medio de la pinza de MAGIL, para introdurla en la traquea.

Indudablemente en el ánimo de todos está, que hay innumerables

intervenciones quirúrgicas que se practican, en que el avance de la técnica quirúrgica, de los procedimientos de hemostasis, del control de la hemorragia y del choque por las hemo-transfusiones, el mejor manejo del equilibrio ácido-básico y del electrolítico, etc., las han hecho bastante benignas y que el peligro principal, en lo que se refiere a la vida del paciente, lo representa la anestesia, por el anestésico mismo, y el procedimiento empleado según el caso.

Los relatos clínicos que ilustran el trabajo del Dr. Maquívar, fundamentan suficientemente las indicaciones que menciona en su trabajo, y estoy seguro que cada uno de los presentes podría relatar uno a más casos similares o diferentes, que justificaran seguir la vía endotraqueal por traqueotomía, o que haciendo recuerdo de ellos hubiera sido perfectamente indicado el procedimiento.

La traqueotomía, gozó en un tiempo de fama funesta, y en realidad los porcentajes de muerte que por ella sobrevenían eran numerosos; pero en su favor hay que recalcar el hecho, que en la mayoría de las veces no era la operación, sino el padecimiento que la indicaba, el que hacía sucumbir a los pacientes. Con la mejor indicación y sobre todo de su oportunidad, el panorama ha cambiado y sus complicaciones bronco-pulmonares sufrieron cambios radicales en la era quimioterápica moderna y sobre todo antibiótica.

En la actualidad la traqueotomía, debe considerarse como una operación benigna y la mayoría de las veces salvadora. Una de sus formales indicaciones creo es asegurar la vida de los enfermos que deben someterse a intervenciones y cuya anestesia ponga en inminente peligro su vida. Mi partidarismo por el procedimiento, está indiscutiblemente sujeto a las condiciones que el autor del trabajo establece clara y precisamente: imposibilidad absoluta de entubar la tráquea por vía naso-traqueal, ú orortaqueal y desde luego no por pobreza de técnica o de competencia profesional. Me excedo a lo anterior, para considerarme partidario de la traqueotomía inmediata en casos de espasmos de la glotis de tipo severo o prolongado, ya que la traqueotomía en estos casos, deja permeable la entrada de aire y permite insuflar por medio de la sonda, los gases o anestésicos necesarios.

Han existido ya muchos accidentes por espasmos de la glotis consecutivos a la inyección endovenosa de barbitúricos, usada como inducción y como relajador muscular, previo el entubamiento traqueal; otros señores anestesistas, además del barbitúrico, utilizan la inhalación de ciclopropano para poder intubar a sus pacientes.

Si en estas maniobras sobreviene un espasmo glótico y la amnea, las maniobras un tanto rápidas, a veces un poco descontroladas, y otras hasta contraindicadas, llevan a un fracaso mortal.

En lo que se refiere a las recomendaciones de la traqueotomía, tanto en su técnica quirúrgica como en sus cuidados postoperatorios estoy en absoluto acuerdo con el ponente, y quizá solo para insistir en algunos puntos valga la pena decir que se debe procurar siempre que sea posible, hacer las incisiones curvas, horizontales, siguiendo de preferencia los pliegues cutáneos del cuello, ya que las ventajas que esto representa son bastante considerables: se evita la visibilidad de cicatriz, es más quirúrgica por estar de acuerdo como en muchas otras incisiones, de no ir en contra de las líneas de tensión cutáneas y se evitan y quizá esto es lo más importante, las cicatrices retráctiles que llegan hasta impedir la extensión de la cabeza como hemos visto algunas.

Otro detalle sería el resecar una porción de cartílago traqueal a cada lado de la incisión vertical que se practica, cosa fácil de hacer con una pinza sacabocado tipo Kerrison, para que la cánula y la sonda traqueal no desplacen mucho los anillos traqueales, ya que si ésto se hace, la porción posterior de la tráquea, desprovista de cartílago duro y unida al esófago internamente, hace un pliegue endotraqueal que disminuye su luz y hace fácil lesionar tráquea y esófago.

Por último, no es despreciable el consejo, de tratar de hacer siempre la traqueotomía lo más baja posible, sub-itsmica de preferencia, ya que las pocas dificultades mayores a la alta, se justifican al evitar las frecuentes estenosis laríngeas, post-traqueotomías, de los casos operados en los primeros anillos, aún en el cricoides.

Me parece muy interesante la recomendación de que los anestesistas estén preparados para practicar esta operación y tengan siempre a mano un equipo adecuado.

Creo que el cirujano, el anestesista, el paciente y los familiares deben estar de acuerdo, en que practicar esta intervención que dejará como secuela una cicatriz, se justifica ante el hecho de asegurar o salvar la vida.

Felicito calurosamente al señor Dr. Maquivar por su trabajo, que considero de importancia y actualidad.

## *SESION DE ACERCAMIENTO CON LA SOCIEDAD MEXICANA DE ORTOPEDIA*

El 25 de los corrientes, la Academia Mexicana de Cirugía, dedicó la primera de sus Sesiones de Acercamiento con las Agrupaciones Médicas del Distrito Federal, a la Sociedad Mexicana de Ortopedia. El Dr. Luis Carrillo Azcárate, antiguo Presidente de la Academia, fué el encargado de dar a los visitantes la bienvenida. A continuación publicamos su discurso y los interesantes trabajos que presentaron los distinguidos Médicos recibidos.

---

## SALUTACION A LOS MIEMBROS DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE ORTOPEDIA

*Por el Académico Dr. Luis CARRILLO AZCARATE*

SEÑORES VISITANTES:

He sido comisionado por el Honorable Gobierno de la Academia Mexicana de Cirugía, para dar a ustedes la BIENVENIDA en esta noche; con motivo de las Sesiones de Acercamiento con las Sociedades Médicas del Distrito Federal, que se inaugura el día de hoy con la Honorable Sociedad Mexicana de Ortopedia dignamente representada por ustedes.

Dar una bienvenida constituye casi una fórmula, una cortesía, pudiéramos decir; una costumbre; pero en el caso dirigirse a un grupo intelectual y explicarle el motivo de su presencia, es cordial, es un honor ¡Por eso he aceptado!

La cultura como un todo, *suministra a los miembros* de una sociedad, la guía indispensable para todos los momentos de su vida. *Sin ella, ni los* miembros ni la sociedad misma podrían funcionar de una manera eficáz.

Nos encontramos en un mundo enloquecido. Sufrimos crisis de institu-

ciones, de inquietud en las almas; y lo sabemos y el mundo interior no menos en sus desgarramientos fratricidas. En el fondo del alma humana hay un manantial perenne de nobles inquietudes, que ningún progreso de la civilización logrará estancar. Y ante la caducidad de los bienes terrenos y lo insaciable de sus ansias; ante la atracción irresistible de un ideal nunca realizado en las estrecheces internas de la vida; ante el misterio insondable del infinito, el hombre sufre torturas indescriptibles, angustias de un ser que anhela la realización de su plenitud; y a nadie sorprendería que huído el espíritu, la locura estallase de repente en frenesí, dejando entristecida y mentecata a esta pobre humanidad ahogada en el mar de sus inquietudes y destrozada por el zumbido de sus motores. He aquí la tragedia interior que bajo los esplendores de una civilización material, devora la vitalidad interna del alma contemporánea. Vivimos el drama de nuestras ilusiones deshechas. Pero un espíritu cultural enérgico no teme el peso de los errores y valores del pasado y sigue adelante, y no cabe duda de que siempre hay que crear cultura para conservarla y establecer un equilibrio y el estado de equilibrio estriba sobre todo en que las distintas actividades culturales tengan, cada una, una función vivísima en la coordinación del conjunto. Y en la sociedad donde existe semejante armonía de las actividades culturales, siempre será la cultura orden, articulación fuerte, estilo y vida rítmica: entre el mundo de los valores y el de los bienes materiales; toda cultura es una tendencia; y esta tendencia es siempre un ideal y este ideal trasciende del individuo y es un ideal colectivo; y aunque desagrade a los vanidosos, muy pocos son los individuos que son algo más que simples incidentes en la historia de la vida de las sociedades a que pertenecen. Estas condiciones deben establecerse bajo ciertos patrones, bajo ciertas pautas que llamaríamos culturales y ajustándonos al momento que vivimos la ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA conciente de que sólo la comunión entre los hombres les lleva a su perfección espiritual y científica rompe las barreras del pasado y despreciando cartabones preestablecidos y círculos cerrados abre las puertas de su casa e invita a subir los escaños de su tribuna a los hombres de ciencia y buena voluntad para escuchar sus opiniones, alimentar su cultura y contribuir a su perfección.

¡Que así sea! ¡BIENVENIDOS!

*México, D. F., Mayo 25 de 1954.*

# *Artroplastía Coxo-femoral con Acrílico Estudio de 42 Casos*

*Por el Académico Dr. Alejandro VELASCO ZIMBRON.*

La Sociedad de Ortopedia y Traumatología me ha otorgado gran distinción al representarla ante la Academia Mexicana de Ciurugía al aceptar la invitación que esta docta Corporación le hiciera para recibirnos como Delegados Oficiales de nuestra muy querida Sociedad.

Al decidir el tema que había de presentar a ustedes, me ha parecido oportuno comentar una técnica relativamente nueva que en el arte científico de la ortopedia ha provocado inquietud, despertando, bien por sí sola o por las modalidades que ha sufrido en su aplicación, interés en la especialidad que cultivo.

En noviembre de 1950 en la IX Asamblea Nacional de Cirujanos presenté el estudio de 7 casos clínicos; en 1951 mi trabajo reglamentario en la academia Nacional de Medicina puso a la consideración el estudio de 22 casos: en 1953 en Río de Janeiro, con motivo del 2º Congreso Latino Americano de Ortopedia y Traumatología dije la experiencia que había tenido en 34 casos; y ahora la presente comunicación de Artroplastía de acrílico en la cadera comprende 42 casos operados en el Sanatorio de Santa María de Guadalupe. En esta cifra no están comprendidas las intervenciones que he realizado fuera de esa Institución.

## *Material Usado*

Los enfermos comprendidos en este estudio fueron 42, de los cuales son 32 mujeres y 10 hombres; fracturas del cuello de fémur 17, pseudoartrosis 12, luxación congénita 1, osteoartitis de cadera de diferente etiología 11, fractura de prótesis 1. El promedio de la edad fué 60 años.

En las fracturas del cuello de fémur el promedio fué de 70 años; en la pseudoartrosis de 70; en la luxación congénita de la cadera 26; en osteoartritis 55 y en la ruptura de prótesis 54 años.

El tiempo de operados fué: de más de 3 años, 13; de más de 2 años, 9; de más de 1 año 6 meses, 12 y de más de 6 meses, 8.

Se usó el instrumental del Profesor Merle D'Aubigné empleando cabezas de acrílico con alma de acero tipo Judet; 17 sin ninguna inclusión metálica tipo Merle D' Aubigné y 8 construídas por el señor Doctor Alberto Palacios Gómez. El material de sutura, el habitual.

## *Métodos*

Hemos continuado practicando la incisión descrita en las comunicaciones anteriores ya mencionadas y que transcribimos en esta ocasión:

"Previo estudio completo del enfermo, realizamos la artrotomía a través de una diéresis que, partiendo de la espina ilíaca anterior y superior en el borde interno del tensor de la fascia lata y después verticalmente al nivel donde el tensor de la fascia lata se convierte exclusivamente en hoja aponeurótica, hacemos nuestra incisión, inspirados en esta primera parte por James J. Callaham. Disecamos los músculos en el espacio comprendido en el borde interno del tensor de la fascia y el borde externo del sartorio, encontrándonos en la posibilidad de ligar los vasos circunflejos musculares y tener a la vista la articulación. La artrotomía es practicada siguiendo el ligamento Y de Bigelaw, del borde interno del vasto externo a la inserción de cótilo, donde tanto en la parte anterior como en la posterior se hace la diéresis, obteniendo la visibilidad amplia de la articulación. La cápsula es resecada ampliamente, de preferencia en su totalidad. Se pone la pierna en flexión de 45º, el muslo en abducción y en rotación externa. En caso de que exista la cabeza femoral se luxa la articulación; en las fracturas y pseudoartrosis se extrae la cabeza. Se emplea el taladro especial, perforando, según el eje del cuello del fémur, el túnel correspondiente al volumen de la prótesis elegida, siendo posible en la actualidad utilizar tres diámetros de taladro con doce longitudes diversas. Cuando la cabeza no es extraída en artrosis hipertrófica, en luxación congénita, entonces se reseca la porción de la cabeza necesaria para poder moldear con la fresa adecuada el cilindro donde se va a implantar la prótesis de acrílico. Una vez obtenido el taladro del cuello femoral con la fresa que puede ser de tres diámetros diferentes, se precisa

el moldeo de la extremidad libre del cuello femoral. Se ha elegido de antemano la cabeza femoral que debe implantarse para que sea congruente con el tamaño del cótilo. Hemos empleado de tres diferentes volúmenes.

El tallo del aparato protésico de acrílico es puesto en el cilindro trazado previamente en el cuello femoral y mediante un instrumento adecuado, a golpes de martillo la cabeza es impactada en el cuello femoral y, una vez logrado ésto, se corrige la luxación de la cadera, se hace la sutura de la parte aponeurótica donde se efectuó la separación entre el borde interno del tensor de la fascia y el borde externo del sartorio según la banda hilio tibial; se ponen puntos al tejido celular subcutáneo con catgut y seda a la piel."

Hemos de agregar, como observación posterior a esta descripción, el hecho de que usamos especialmente en la pseudoartrosis del cuello de fémur, la cabeza femoral desprovista de su cartílago y fragmentada para poder suplir el déficit de cuello y este hueso esponjoso lo impactamos al rededor del tallo del acrílico para obtener así un mayor alargamiento del cuello femoral. En ocasiones tomamos un injerto óseo de la cresta ilíaca y con él reconstruimos el cuello femoral.

"La anestesia es de ciclopropano y durante el acto quirúrgico se tiene el cuidado necesario del empleo de suero o transfusión si hay lugar. Se utiliza en la intervención la coagulación eléctrica y en 8 de los casos se aplicó tracción esquelética de 2 a 4 kilos, según el peso del enfermo y solamente en un caso de seudoartrosis del fémur, en que casi no existía cuello femoral, se puso un aparato de yeso con la técnica de Whitman.

El enfermo es movilizado el mismo día de la intervención, permitiéndole sentarse en la cama ortopédica, haciéndolo mediante la manivela automática. Se protege el talón del enfermo con una bolsa de agua de las que existen en las clínicas, se inicia la movilización de la articulación de la rodilla en la primera semana; la tracción esquelética en los casos en que la hemos empleado es retirada entre las tres y las cinco semanas siguientes a la intervención, se permite al enfermo sentarse fuera de la cama a las cuatro o cinco semanas, la deambulación es permitida a las ocho, mediante descarga, principalmente usando muletas de amplia base; los controles radiográficos se efectúan cada quince días y el enfermo es vigilado periódicamente con la frecuencia que se crea oportuna durante un año".

*Resultados*

| | | |
|---|---|---|
| Buenas evoluciones ..... | 34 ..... | 80.9% |
| Malas evoluciones ..... | 3 ..... | 7.1% |
| No controladas ..... | 4 ..... | 9.5% |
| Recién operados ..... | 1 ..... | 2.3% |

Uno de los pacientes que tenía con anterioridad fenómenos degenerativos por polineuritis no reversible, con fenómenos de dismetría y falta de equilibrio anteriores al traumatismo, la marcha recuperó su condición habitual antes del accidente.

En el enfermo de luxación congénita de la cadera, existiendo en los miembros pélvicos secuelas de poliomielitis, la marcha mejoró notablemente quitando la invalidez que tenía por luxación, pero persistiendo los fenómenos de impotencia funcional debidos a la poliomielitis.

*Comentarios*:

Indudablemente que esta intervención debe ser planteada cuidadosamente y creemos que los demás procedimientos, copia de vitalium, prótesis metálica en sus diversos aspectos morfológicos, tienen indicaciones precisas como la prótesis de acrílico.

Nuestro primer uso de la prótesis, de acuerdo con la observación en nuestra visita a los servicios del Profesor Merle D'Aubigne y del Profesor Jean Rudé, de los servicios de Ortopedia del Hospital Cochin de París, nos hicieron emplear el procedimiento solo en coxo-artrosis y en pseudoartrosis; pero también elegimos su uso para enfermos con fractura subcapital no encajada del cuello femoral. Enfermos de edad avanzada, promedio de 70 años, con problemas de tipo general, diabetes, cardiopatías, etc., padecimientos de tipo general en que encontramos benéfico usar el procedimiento que tratamos ante ustedes.

En la actualidad pensamos que ya la observación de más de 3 años en 13 casos nos hace ver la bondad del procedimiento aunque seguiremos observando la evolución durante más tiempo para tener una convicción más firme del valor del procedimiento que estoy describiendo.

La incisión que desde un principio empleamos no ha sido cambiada y le encontramos beneficios de mejor visibilidad y más amplitud del campo quirúrgico que las otras incisiones descritas con anterioridad.

Solamente empleamos tracción esquelética y una vez operado y enyesado cuando no existe una perfecta congruencia en el cótilo y la cabeza femoral. Decíamos también en nuestros trabajos anteriores que "la buena preparación prequirúrgica, los elementos adecuados durante el acto operatorio y el cuidado esmerado en postoperatorio, son factores indudables en la buena evolución de los operados".

*Conclusiones:*

*Primera.*—Seguimos pensando que en indicaciones precisas el acrílico es no solo indicado en artroplastía por coxoartrosis, sino en enfermos de recientes fracturas de cuello femoral, de más de 70 años y padecimientos generales que agraven el procedimiento posquirúrgico.

*Segunda.*—Seguimos satisfechos con la incisión que preconizamos.

Las diversas personas que fabrican la prótesis en México, especialmente la hecha por el Dr. Alberto Palacios Gómez, la hacen de tan buena calidad como la construída en el extranjero.

Pensamos también que la prótesis de acrílico no debe ser empleada siempre en los problemas de artroplastía de cadera, pues existen problemas que son corregidos mejor con la prótesis metálica o con la que especialmente en las clínicas o centros quirúrgicos europeos viene estudiándose.

## RESUMEN:

En el presente trabajo se hace estudio de 42 casos de prótesis de acrílico en una edad promedio de 60 años en enfermos con fracturas de cuello de fémur, pseudoartrosis, etc., con buenas evoluciones marcadas en un 80%.

Confirmamos las observaciones que hemos presentado en los trabajos anteriores y hacemos énfasis en las ventajas de la incisión que habitualmente usamos en nuestro servicio.

## COMENTARIO

*Por el Académico Dr. José CASTRO VILLAGRANA*

Comienzo repitiendo una vez más las palabras de Norman Capener (32-B - 147, J. and B. 1950) cuando dice: "Los Cirujanos Ortopédicos tienen buena fortuna en ejercitar un arte que va acompañado del cultivo de una

ciencia. Como otros artífices, tienen por lo menos, dos modos de realizar una tarea, cuyo éxito depende del carácter e integridad del hombre. Vías de acceso, significan el aspecto físico y el psicológico; en el caso de la articulación de la cadera, es palmario, que los métodos buenos, son más de uno y que para obtener lo deseado con los que se ejecuten, precisa tener una idea clara en la mente".

El Dr. Velasco Zimbrón al relatar suscinta, pero claramente y con precisión su proceder quirúrgico para abordar la articulación coxo femoral por la vía ántero lateral, ya con las modalidades personales, así floten en su mente desde Smith Peterson hasta Callaham, es la ratificación de lo enunciado al comenzar; ya están señalados los puntos de referencia y al escuchársele, casi vamos siguiendo el recorrido de su bisturí, sus maniobras de hemostasis, su aborde y extirpación de la cápsula y la escena a la vista, del problema a resolver: si crónico, inflamatorio, artrósico o si traumático agudo como las fracturas de cuello en los ancianos, o crónico también traumático, como las luxaciones y las pseudoartrosis, o traumático de origen e inflamatorio en momento en que se decidió a operar.

El bosquejo de este variadísimo escenario de la patología de la cadera, trae sin embargo la explicación de los procedimientos numerosos que han quedado reunidos en los clásicos tres grupos de acceso por las vías anterior, lateral y posterior, de las que el Dr. Velasco Zimbrón elije la anterior y a fe que al escucharlo le concedemos razón personal porque la domina, le acomoda y la hace como diría Capener "con una idea clara en la mente".

Personalmente he practicado procedimiento semejante, quedando de ello satisfecho y cuando en un paciente que padecía atrosis muy dolorosa de la cadera, con antigua luxación atrás y arriba, creí indicado el acceso por la vía posterior. Al efecto en tales condiciones el campo de operación fué amplio y la destrucción de extensos osteofitos, así como la resección de porciones hipertóficas de la cápsula y remodelación de la cotiloides, pudieron fácilmente disponer el lugar para la atroplastía.

A partir de entonces en la artroplastía de cadera utilizo esta vía póstero-lateral que ha sido ya bien establecida por Alexander Gibson de Canadá y que comprende:

1. posición en decúbito lateral, sobre lado sano. Si es posible, flexión del muslo enfermo a 45 grados.
2. incisión generosa, desde un poco adelante de espina ilíaca posterior y superior hasta saliente anterior y superior del trocánter y continuada hacia abajo, en longitud semejante y paralelamen-

te a la diáfisis femoral (comprende piel, tejido celular y aponeurosis fascia lata).

3. separación entre las inserciones del gran glúteo y la fascia lata y a la vista glúteo medio y pequeño glúteo, piramidal y cuadrado femoral, seccionar sucesivamente sus inserciones sobre el trocánter, ayudándose de rotación interna y externa alternativamente.
4. sección de la cápsula: en una T dice Gibson; en la forma útil y necesaria de cada caso, así hemos procedido.
5. flexión de rodilla, flexión de cadera, rotación externa, en amplitud necesaria y siempre con facilidad, nos deja verificar el tipo de operación fuera de la cavidad, señaladamente si es la artroplastía de acrílico.

Dos elementos de gran ventaja deben tenerse en cuenta al seguir esta vía látero posterior para acceso a la cadera, uno: la pérdida mínima de sangre ya que solo seccionamos vasos de pequeño calibre que muy fácilmente pinzamos y electrocoagulamos y el segundo es que la sección de ramitas de nervios es muy pequeña, sobre todo si los músculos pelvitrocantéreos son cortados en la cercanía inmediata de sus inserciones.

*Justificado* se revela el autor señalándonos los padecimientos de sus 42 casos, ya que así marca la preferencia de la artroplastía y sus indicaciones. Seguramente el campo de aplicación es muy extenso y ya sabemos cómo los Judet, Jean y Robert, la preconizan en muchísimos casos primarios de orden traumático. El Dr. Velasco Zimbrón también hace la artroplastía en casos traumáticos, acepta la necesidad de extirpar la cápsula para suprimir el dolor y nosotros también lo hacemos; sin embargo, en casos traumáticos recientes, cuando no existe proceso franco en la cápsula, ni alteraciones *hipertróficas* de la misma, de la ceja o de la cavidad cotiloide, suturamos aquella, v.g. en fracturas *sub-capital o* necrosis de la cabeza femoral.

Al hacer la referencia que vengo glosando, el Dr. Velasco Zimbrón señala que tenemos la ventaja de que en México se hagan las prótesis de acrílico; en efecto, ya hay varios fabricantes, que además las realizan según las necesitamos, de manera que utilicemos lo propio de cada caso y no quedemos sujetos a tal o cual modelo, sin que esto significara que no encontremos preferencias en unas formas u otras.

Es muy interesante en el trabajo que comento el cuidado que se tie-

ne en marcar la edad de los pacientes: varía desde los primeros años, sin embargo, el número mayor corresponde a los de edad avanzada, cuya conducción bien sistematizada evita riesgos.

En cuanto a conducta per-operatoria: anestésica y líquidos y sangre, habitualmente llevamos a nuestros operados en condiciones análogas, con el mismo tipo de anestesia y atenciones que de manera definida hacen más raro cualquier riesgo de choque o por pédida de sangre.

Vale mencionar, que el post-operatorio de estos enfermos, es fácil en general. En unas ocasiones, muy escasas, habrá de recurrirse a enyesados; algunas más sí conviene mantener la tracción esquelética, otras veces basta la posición de ligera flexión de cadera y de rodilla, cuidando siempre no apoyar continuadamente el talón.

En fin, de manera sucinta se hace referencia a la recuperación después del tratamiento quirúrgico, por lo que creo que hemos de subrayar la atención indispensable en este particular; la inteligencia, ambiente, cultura o incultura y la ancianidad, sobre todo, son circunstancias que cuentan mucho en la rehabilitación y ésta interesa sobre manera al cirujano mismo, a pesar de que en ocasiones no puede vigilar la reeducación. No hay omisión en la nota que hemos escuchado, pero considerándola esencial quise hacer hincapié en ella: lo menos que hemos hecho con los pacientes que controlaremos frecuentemente, es entregarles por escrito nuestras indicaciones y controlar reiteradamente su estado de salud.

Resumiendo, diré:

1o. felicito cordialmente al autor por los éxitos obtenidos en los 42 casos que nos relata de artroplastía, con prótesis de acrílico, en la articulación coxo femoral.

2o. en forma suscinta y clara señala contingencias, indicaciones y técnica bien conducida.

3o. por mi parte, me he permitido señalar las excelencias que he observado utilizando, como lo hago, de manera habitual, el acceso a la articulación por la vía póstero-lateral según Gibson.

---

## BIBLIOGRAFIA:

JUDET J. and JUDET R. (1950).—The use of an artificial temporal head for arthroplasty of the hip joint.—J. of B. and J. S.—34 B. 166.

JUDET Robert and Jean (1952).—Technique and results with the acrilic femoral head prothesis.—J. of B. J. S.—34 B. 173.

ARMSTRONG, J. R.—Traumatic dislocation of the hip joint. 1948. J. of B. J.—Surgery. 30. B. 430.

CAPENER, Norman.—The approach to the hip joint. 1950. J. of B. J. S. 32 B. 147.

GIBSON, Alexander.— Posterior exposure of the jip joint.—1950. J. of B. J. S. 32—B. 133.

# *Tratamiento de la Cadera Paralítica Postpoliomielítica*

*Dr. Jesús SALAS HEREDIA.*

El trabajo que vamos a tratar de describir se referirá única y exclusivamente al tratamiento de las secuelas consecutivas a la poliomelitis, no se hará en él ninguna mención sobre patogenia y fisiopatología de las diversas manifestaciones patológicas que quedan como residuo de esta afección.

No podemos tomar las lesiones que se provocan como consecuencia de la parálisis desde un punto aislado, sino que las lesiones deben verse como un todo, aunque para la descripción de su tratamiento se tenga la necesidad de separarlas por grupos.

No se describirán en este trabajo todas las intervenciones que se han ideado para combatir las secuelas de la cadera paralítica sino que únicamente haré mención de las intervenciones que actualmente efectúo para el tratamiento de las mismas.

No hay que pasar por alto que el tratamiento precoz de los enfermos afectados de la polio ha mejorado notablemente las manifestaciones que antiguamente se veían.

Como tratamiento tenemos en primer lugar las fomentaciones calientes siguiendo las normas de Kenny, la reeducación muscular y el uso de aparatos ortopédicos, los cuales no dejan de tener determinados inconvenientes.

El resto del tratamiento es quirúrgico y se divide en dos partes: Intervenciones que actúan sobre las partes blandas y operaciones que actúan sobre partes duras.

## OPERACIONES SOBRE PARTES BLANDAS

Este tipo de intervenciones se refiere exclusivamente a los trasplantes y a las fasciotomías. No se describirán como se ha dicho anteriormente

todo lo que se ha señalado a este respecto; en lo referente a trasplantes mencionaré únicamente dos, que son los que efectúo de rutina y de los cuales hasta el momento he obtenido resultados halagadores. Estos trasplantes son: 1.—El trasplante del recto anterior del abdomen a la inserción en la cresta ilíaca y espina anterosuperior del tensor de la fascia lata, con el objeto de combatir la parálisis de los músculos flexores del muslo sobre el vientre. 2.—El trasplante del tensor de la fascia lata y el recto anterior del muslo al glúteo medio para combatir la parálisis de los abductores y tratar al mismo tiempo la contractura en flexión del muslo sobre la pelvis.

En el primer trasplante se hace una incisión en la línea media del abdomen infraumbilical que empieza inmediatamente por debajo del ombligo llegando hasta el pubis, y al llegar a este punto se tuerce horizontalmente sobre el pubis del lado opuesto al músculo que se va a trasplantar, se diseca piel y tejido celular y se abre la vaina del recto longitudinalmente; al llegar al pubis se prolonga igualmente que el corte de la piel, se separa perfectamente bien la vaina del músculo. En seguida se procede a desinsertar el músculo recto anterior del pubis procurando tomar la mayor porción aponeurótica del lado opuesto, con el objeto de tener una mayor porción tendinosa a la hora de insertar el músculo sobre el tensor, se separa el músculo hacia arriba procurando respetar la mayor parte de los pequeños vasos que penetran por su cara posterior.

Habiendo terminado este tiempo se hace una incisión al nivel de la espina ilíaca anterosuperior de unos seis o siete centímetros de extensión dirigida hacia abajo, se diseca piel, tejido celular, se corta la aponeurosis femoral, se descubre la inserción del tensor de la fascia lata sobre la espina ilíaca antero superior y se hace la disección de esta parte formando un puente para pasar el tendón del recto anterior. En seguida con una pinza se hace un túnel a través del tejido celular desde la herida del muslo hasta la herida del vientre, se toma el tendón del recto anterior del abdomen y tiramos de él hacia abajo pasándolo por debajo del tensor de la fascia lata dando la vuelta, por encima de él. Se sutura y se cierra la herida por planos. En seguida volvemos al vientre y procuramos hacer una sutura en cartera para reforzar lo más posible la aponeurosis y poder dar fuerza a esta pared que está desprovista de su músculo, al llegar a la parte superior hay que procurar no apretar mucho la sutura para no lesionar el músculo trasplantado.

Se sutura la piel y se colocan única y exclusivamente apósitos de gasa,

se lleva el chico a su lecho y le colocamos con el miembro flexionado sobre la pelvis, a las tres semanas se empieza la reeducación del músculo, logrando en poco tiempo ver cómo el muslo se flexiona sobre la pelvis.

En el segundo trasplante se hace una incisión sobre la cresta ilíaca de unos seis o siete centímetros hasta la espina ilíaca anterosuperior continuándola luego hacia abajo en una extensión de ocho o nueve centímetros, se diseca piel y tejido celular, se abre la aponeurosis femoral y la aponeurosis glútea, se identifican los tendones del tensor de la fascia lata y del recto anterior, se desinsertan, se descubre el glúteo medio, se despega de su inserción sobre fosa ilíaca externa y suturando los tres músculos se forman a manera de un tendón conjunto. Se descubre la aponeurosis del oblícuo mayor y se desliza hacia abajo para cubrir la parte de cresta que ha quedado despulida, se sutura la aponeurosis femoral, después la piel y se coloca aparato de yeso pelvibipodálico durante quince días, después de los cuales se inicia la recuperación funcional de estos músculos.

La fasciotomía hoy en boga, es la fascioctomía que Yount tan magistralmente describió después del concienzudo estudio que Yrwin hizo del papel que la contractura de la fascia lata juega en la poliomielitis. A él se debe el actual conocimiento que tenemos del papel tan importante que tiene en la producción de la deformidad de la contractura en flexión del muslo sobre la pelvis con abducción y rotación externa con rodilla valga, aumento de la lordosis, consecutiva escoliosis y desequilibrio pélvico con descanso del miembro afectado. Esta pequeña operación de Yount es de resultados verdaderamente notables y debe efectuarse tan pronto como en el niño se note la presencia de la contractura, antes de dejar pasar tiempo y permitir que llegue a su estado final, no importa la edad del niño ni el tiempo de estar enfermo, debe de hacerse lo más pronto posible. Se hace una pequeña incisión sobre la cara externa del muslo a nivel de la cintilla de Messait, se diseca piel y tejido celular y se cortan transversalmente todas las fibras desde la cara anterior del muslo siguiéndolo hacia afuera y terminando en la inserción de la cintilla en el esqueleto. Se separa hacia un lado y a otro suturando la piel, se coloca aparato de yeso que se retira a los quince días.

## *OPERACIONES SOBRE PARTES DURAS*

Las operaciones sobre partes duras son las que se efectúan sobre el esqueleto de la cadera.

Estas operaciones son: Osteotomía cérvico-trocantérea, artrorrisis de la

cadera y artrodesis de la cadera. La osteotomía cérvico-trocantérea se usa para luchar contra la luxación paralítica y para combatir determinados casos de coxa-valga con marcada ante-torsión del cuello. Como su nombre lo indica, la intervención se efectúa descubriendo el cuello femoral por cualquiera de las incisiones acostumbradas y ejecutando una osteotomía en la unión del cuello con el trocánter sacando un pequeño fragmento de hueso de forma piramidal para corregir la coxá-valga y la antetorsión. Esta operación, da muy buenos resultados y debe efectuarse en todos aquellos casos en que a pesar de existir un buen cuadro muscular la claudicación no se mejora debido a que bien sea la luxación o a la coxavalga, la cabeza se desliza constantemente fuera del acetábulo provocando la claudicación antes mencionada.

La artrorrisis de la cadera, es una intervención que se recomienda para aquellos casos de luxación paralítica y en los cuales no existe una marcada anteversión del cuello. La técnica para realizarla, es la común y corriente. Se descubre la articulación y por encima del acetábulo con cincel y tomando de la cara externa de la fosa ilíaca, se desprenden los fragmentos óseos que van a formar el nuevo techo de la articulación. El Profesor Delitala que nos visitó el año pasado, tratando este tema con él, me indica que él efectuaba esta artrorrisis encajando por encima del acetábulo una pequeña placa de acero inoxidable para evitar que el techo formado por las pequeñas laminitas óseas que se reabsorben con mucha frecuencia, dieran como resultado el fracaso de la intervención.

La artrodesis de la articulación de la cadera, es un tema de bastante actualidad y un procedimiento todavía muy poco extendido, no existe todavía un criterio unánime sobre esta intervención. Desde luego se admite a priori que para hacer la artrodesis debe de estar en buenas condiciones tanto la articulación de la rodilla, como la articulación del pie, debe ser unilateral, y además de estudiarse perfectamente bien antes de efectuarla, la lordosis casi habitual en los poliomielíticos así como el ángulo pelvi-femoral, pues fácilmente podríamos aumentar la incapacidad del enfermo.

También se discute si las artrodesis deben ser intra o extra-articulares. La discusión no ha llegado a su término y existen partidarios tanto de la intra-articular como de la extraarticular, ambos propugnan por sus éxitos y aconsejan igualmente uno y otro procedimiento.

Nosotros hemos empezado a hacer estas artrodesis de cadera en los niños con mucha cautela y hemos efectuado siempre la artrodesis extra-articular

que nos parece tiene las ventajas de dar un mayor apoyo a la cadera, una mayor resistencia y no interferir el crecimiento del miembro afectado. La artrodesis de elección ha sido la artrodesis de Britain ampliamente conocida por todos ustedes, no creo necesario hacer por este motivo la descripción de la técnica operatoria.

Como corolario quiero insistir un poco en que todavía sigue siendo base del tratamiento de las parálisis musculares la re-educación muscular por la técnica habitual, es decir: Primero: movimientos pasivos; segundo, obtenida parte de la fuerza muscular, efectuar los movimientos activos lo más que se pueda y por último, los movimientos activos con resistencia y contra la gravedad.

Nunca se insistirá lo suficiente sobre la importancia que tiene en este padecimiento la recuperación funcional.

Las deformidades provocadas por la contractura de la fascia nunca podrán ser mejoradas por los procedimientos fisioterápicos; siempre hay necesidad y lo más precoz posible de tratar estas alteraciones por procedimientos quirúrgicos.

El uso de aparatos ortopédicos deben restringirse estrictamente, a las necesidades del enfermo, siempre que sea posible no deberán prolongarse mucho tiempo y deberá procurarse eliminarlos lo antes posible.

Agradeciendo la atención y le distinción que la Academia Mexicana de Cirugía hace a la Sociedad Mexicana de Ortopedia y Traumatología, doy a ustedes señores Académicos, las más expresivas gracias.

## COMENTARIO

*Por el Académico Dr. José Antonio ZAPATA.*

Tema apasionante es el que nos presenta el doctor Salas y más apasionante es a medida que pasan los años y seguimos estacionados en los procedimientos curativos ortopédicos para estabilizar la articulación coxo-femoral, en que no logramos más que resultados paliativos. Todas las técnicas que se nos presentan en la actualidad, no son sido modificaciones de las ya descritas como clásicas, sin que haya aparecido la tan deseada que venga a revolucionar los métodos hasta ahora conocidos.

Personalmente, soy un decepcionado de la cirugía de partes blandas,

pues en los casos más favorables y de éxito, la duración de estos es en general efímera.

Analizando las intervenciones quirúrgicas que nos señala el autor, encontramos que la primera de ellas y que se refiere al trasplante del músculo recto anterior del abdomen, a la inserción en la cresta ilíaca y espina anterosuperior del tensor de la fascia lata, fácilmente se explica uno los resultados poco satisfactorios que se obtienen si pensamos en el enorme brazo de palanca que el músculo y demás partes del miembro inferior representa cuando la inserción de este delgado músculo es trasplantado a su región más alta y por otra parte, el apoyo débil que tiene el otro extremo del músculo sobre las costillas y externos.

Por lo que respecta al valor que tiene el músculo glutio medio en el mecanismo de movilización del miembro inferior, durante la estación de pie, vemos que es un músculo insustituible, pues es el único rotador interno y abductor capaz por sí solo de movilizar el miembro. Su parálisis entre las secuelas de polio, desgraciadamente tan frecuente, casi condena al paciente a claudicar toda su vida. Tampoco esta intervención de trasplante o más bien de reforzamiento muscular es de mis favoritas por las razones antes expuestas.

La fascioctomía de Yount en realidad tiene por objeto corregir la deformidad que la contractura en flexión del muslo sobre la pelvis, ha dejado la parálisis de los músculos opuestos y lo que hacemos al efectuar esta operación como la clásica de Soutter llegando hasta la capsulectomía anterior, sirve para colocar el miembro en actitud fisiológica que permitirá la aplicación de aparatos ortopédicos o para posteriormente hacer fijación esquelética.

Si es cierto que no soy partidario de las intervenciones en partes blandas, por lo que respecta a la cirugía en hueso, la he efectuado desde hace mucho tiempo con éxito lo suficientemente halagador. Naturalmente para llegar a la fusión de esta articulación, es requerimiento indispensable hacer un examen muy cuidadoso de la situación del paciente, tanto por lo que se refiere al estado de las partes activas peri-articulares, como a la posición social y económica que ocupa. Considero pues, que es un paso muy serio el que se da en el tratamiento de esta región paralítica y que debemos valorizar antes de decidirse a destruir una articulación sana. Con seguridad estas razones son por las cuales el Dr. Salas nos manifiesta que todavía no hay un criterio unánime al respecto, de la uniformidad de criterio de sus re-

sultados, pero vuelvo a insistir que considero a la artrodesis de la cadera, como el mejor procedimiento de estabilización, siempre que esté indicada.

En lo que sí no entiendo, en que haya discusión, es en que ésta se haga intra-articular o extra-articular, pues el objeto que debemos buscar es crear una firme consolidación y desde luego al hacerla asociada, obtendremos mayor firmeza que si procedemos a hacer la fijación extra,artícular. En cuanto a la lesión del cartílago de crecimiento de estos huesos en los niños, no debe preocuparnos pues estas operaciones dañan poco un cartílago que casi no interviene en el crecimiento del miembro y además no deben ser efectuadas sino hasta la edad mínima de 10 años.

Para terminar, quiero sugerir al autor del trabajo que hoy comento, nos haga algunas ilustraciones como complemento objetivo de sus descripciones y además darle mi felicitación en lo personal, ampliándola a nombre de la Academia Mexicana de Cirugía.

# *Comentarios y Síntesis de Literatura Reciente*

VALORACION DIAGNOSTICA DE LA POSICION ERECTA EN COLECISTOGRAFIA. Feldman, Maurice y Myers, Philip. Radiology, Feb. 1953, 60, 222, 225.

La posición erecta fué incorporada en 105 casos consecutivos de colecistografía. Esta posición permitió la visualización de cálculos en 3 casos que no fueron demostrables o bien vistos en la posición de decúbito.

Los cálculos de tipo flotante fueron vistos en 1 caso.

Las siguientes indicaciones para la colecistografía en posición erecta son presentadas:

(1)—Cuando hay evidencia clínica de litiasis y no hay visualización de cálculos en posición de decúbito;

(2)—Para excluir la posibilidad de cálculos flotantes no opacos;

(3)—Para establecer la presencia de cálculos pequeños, positivos o negativos, que no se observan cuando están separados y por lo tanto no claramente demostrables en la posición de decúbito;

(4)—Para excluir super-posición de estructuras óseas, burbujas aéreas o sombras calcificadas extrínsecas;

(5)—Para revelar la presencia de sombras calculosas agrupadas bien en vesículas permeables o impermeables. D.P.C.

— o —

COLANGIOGRAFIA PRE-OPERATORIA. Pirkey, Everestt L. Davis Lawrence A., Picla y Lawrence A. J.A.M.A., Ene. 24, 1953, 1951, 266, 268.

El método de los autores para la colangiografía pre-operatoria consiste en colocar un Bucky sobre el cual el paciente se acuesta antes de realizar la intervención.

El paciente es preparado en la forma usual para realizar cirugía biliar.

Después de identificar el conducto cístico el cirujano lo incide y coloca un catéter ureteral a través de él. Debe de ligarse el cístico incluyendo la vesícula para prevenir el reflujo hacia esta víscera. El anestesista debe hiper-ventilar al enfermo para producir un período de apnea.

Se inyectan a través del catéter 20 cc. de pantopaque y se realiza una exposición cuando los últimos centímetros cúbicos se están inyectando.

La imagen normal de los conductos biliares en la placa asegura que no se haga necesario otra exploración. Si se encuentra alguna anormalidad debe continuarse la exploración en la forma usual. D.P.C.

— O —

*ESTUDIO RADNOLOGICO DEL TRACTUS DIGESTIVO CON MATERIAL OPACO EN CASOS DE ICTERICIA.* Beeler, John W. y Beeler, Raymond C. J.A.M.A., Enc, 24, 1953, 1951, 268-270.

Las lesiones que producen ictericia obstructiva, particularmente procesos malignos peri-ampulares, pueden frecuentemente ser descubiertos mediante un examen del tractus digestivo superior con material opaco.

El hallazgo de várices esofágicas es no solamente útil al confirmar un diagnóstico ya sospechado sino que puede ser la sola evidencia de cirrosis.

El radiólogo puede hacer diagnósticos certeros de fístulas colecisto-entéricas. D.P.C.

# *Sociales*

Fué muy solemne la Sesión de Acercamiento en que fueron recibidos por la Academia, los Señores Doctores Alejandro Velasco Zimbrón, Jesús Salas Heredia y Agustín Chardi, representantes de la Sociedad Mexicana de Ortopedia. Sentimos no haber publicado el trabajo del Dr. Chardi, por no habérnoslo entregado el autor.

Estas sesiones de acercamiento, al mismo tiempo que contribuyen al adelanto de la Cirugía en México, sirven para estrechar la cordialidad entre los que se dedican a ella.

Los comentaristas, Drs. José Castro Villagrana, Director de la Facultad y José Antonio Zapata y José Caxiola Cándara fueron muy elogiados.

---

## QUINTO CONGRESO MEXICANO DE ANESTESIOLOGIA

Patrocinado por la Sociedad Mexicana de Anestesiología, y Auspiciado por la DECIMA PRIMERA ASAMBLEA NACIONAL DE CIRUJANOS DEL 14 L 20 DE NOVIEMBRE DE 1954.

HOSPITAL JUAREZ MEXICO, D. F. TEL.: 18-57-36

PROGRAMA:

1.— Sesiones quirúrgicas con demostraciones prácticas de técnicas anestesiológicas, a cargo de Anestesiólogos mexicanos y extranjeros huéspedes.

2.— Simposium de temas de actualidad, tales como: (A Invernación artificial; B) Anestesias Potencializadas; C) Drogas Hipotensoras y D) Anestesia de Cirugía Cardio-Vascular.

3.— Sesiones de intercambio que se verificarán con los Asambleístas, Cirujanos mexicanos y extranjeros huéspedes de diversas especialidades.

4.— Sesiones de trabajos libres, a cargo de Anestesiólogos mexicanos y extranjeros huéspedes.

5.— Diversas actividades sociales para los Congresistas y sus familiares.

6.— Finalmente, un Curso Intensivo de Actualización Post-Congreso, con duración de 3 días, a cargo de prominentes Cirujanos y Anestesiólogos, mexicanos y extranjeros huéspedes.

---

Señor Doctor:

*La Revista Médica de*
*CIRUGIA Y CIRUJANOS*
*es la de más prestigio en el País.*

**Suscríbase a ella**

*APARTADO POSTAL 8701. MEXICO, D. F.*

COLAGOGO

COLERETICO

Y EVACUANTE

VERACOLATE

VERACOLATE

VERACOLATE

VERACOLATE

estimula la secreción de bilis normal y la mantiene en solución.

produce un efecto evacuante en la vesícula y conductos limpiándolos de colesterol y pequeños cristales aglomerados.

favorece la eliminación de secreciones mucosas excesivas que obstruccionan los conductos biliares.

debido a sus propiedades laxantes, evita el estreñimiento tan frecuente en la enfermedad biliar.

# VERACOLATE

William R. WARNER and Co. Inc.

Reg. 17403 S.S.A. Prop. A-385/51 S.S.A.